2027

Manual para afiliados

Humana Dual Integrated (HMO D-SNP)

Michigan

Humana.

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

1 de enero de 2027–31 de diciembre de 2027

Sus beneficios de salud, servicios y cobertura de medicamentos recetados de Medicare y Medicaid como afiliado de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP)

Introducción al *Manual para afiliados*

Este *Manual para afiliados*, también conocido como *Evidencia de cobertura*, le informa sobre su cobertura de nuestro plan hasta el 31 de diciembre de 2027. Explica los servicios de cuidado de salud, los servicios de salud del comportamiento, la cobertura de medicamentos recetados y los servicios y apoyos a largo plazo. Los servicios y apoyos a largo plazo incluyen el cuidado a largo plazo y las exenciones (waivers) basadas en el hogar y la comunidad (HCBS). Las exenciones HCBS pueden ofrecer servicios que le ayudarán a permanecer en su hogar y su comunidad. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el **Capítulo 12** de este *Manual para afiliados*.

Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.

Cuando este Manual para afiliados dice “nosotros”, “nos”, “nuestro” o “nuestro plan”, se refiere a Humana Dual Integrated (HMO- DSNP). Este documento está disponible gratis en inglés. Puede hacer una solicitud permanente para recibir materiales, ahora y en el futuro, en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo.

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 gratis en otros formatos, como letra de imprenta grande, braille o audio, o en varios de ellos, llamando al Departamento de Servicios para afiliados al número que aparece al final de esta página. La llamada es gratuita.

- Llame al Departamento de Servicios para afiliados al 855-281-6070 (TTY: 711) si desea hacer o cambiar una solicitud permanente. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.
- Guardaremos su idioma preferido que no sea inglés y/o su formato alternativo para futuros envíos por correo y comunicaciones.
- No tendrá que hacer una solicitud por separado cada vez.
- Si tiene preguntas o problemas relacionados con el programa MI Coordinated Health o con nuestro plan, comuníquese con MI Community, Home, and Health Ombudsman (MI CHHO) para obtener ayuda gratuita. MI CHHO es un programa independiente y no está relacionado con este plan. Llame al

1-888-746-6456 o visite el sitio web de MI CHHO en meji.org/michho/mhlo. Para programar una cita con un consejero de opciones centrado en la persona, llame a MI Options al 1-800-803-7174, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.

Aprobación de la OMB 0938-1444 (Vence: 5/31/2029)

Avisos legales

- Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y con Michigan Medicaid para brindar a los afiliados los beneficios de ambos programas. La afiliación depende de la renovación del contrato.
- La cobertura de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) es una cobertura de salud que reúne los requisitos, llamada “cobertura esencial mínima”. Cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad compartida individual.
- Es posible que se apliquen limitaciones, copagos y restricciones. Para obtener más información, llame al Departamento de 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 algunos servicios y que debe seguir ciertas reglas para que Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) pague sus servicios.
- Los beneficios, las primas, los deducibles y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2028. El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos a los afiliados afectados sobre los cambios con al menos 30 días de anticipación.
- Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) cumple con todas las leyes federales y estatales aplicables, incluidas las siguientes:
  - El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, según se implementa mediante los reglamentos del 45 CFR, parte 80.
  - La Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, según se implementa mediante los reglamentos del 45 CFR, parte 91.
  - La Ley de Rehabilitación de 1973.
  - El Título IX de las Enmiendas de Educación de 1972 (con respecto a los programas y las actividades de educación).
  - Los Títulos II y III de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades; y la sección 1557 de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio.
- Humana Healthy Options Allowance* es un beneficio(s) suplementario(s) especial(es) para afiliados con afecciones crónicas específicas que necesitan una coordinación de cuidado intensiva y que tienen un alto riesgo de hospitalización u otros resultados de salud adversos. Las afecciones que reúnen los requisitos pueden incluir diabetes mellitus, trastornos cardiovasculares, afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes, trastornos pulmonares crónicos o insuficiencia cardíaca crónica, entre otras. Algunos planes exigen al menos dos afecciones. *Si usa este programa para el alquiler o los servicios públicos, el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) exige que se declare como ingreso. Comuníquese con su oficina local del HUD si tiene preguntas.

Capítulo 1: Primeros pasos como afiliado

Introducción

Este capítulo incluye información sobre Humana Dual Integrated (HMO D-SNP), un plan de salud que cubre todos sus servicios de Medicare y de Michigan Medicaid, y sobre su afiliación a este plan. También le indica qué esperar y qué otra información recibirá de nosotros. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para afiliados*.

Índice

A. Le damos la bienvenida a nuestro plan . . . 7
B. Información sobre Medicare y Michigan Medicaid . . . 7
B1. Medicare . . . 7
B2. Michigan Medicaid . . . 7
C. Ventajas de este plan . . . 8
D. Área de servicio de nuestro plan . . . 9
E. Qué lo hace elegible para ser afiliado del plan . . . 9
F. Qué esperar cuando se afilia por primera vez a nuestro plan de salud . . . 10
G. Su equipo de cuidado y su plan de cuidado . . . 11
G1. Equipo de cuidado . . . 11
G2. Plan de cuidado . . . 11
H. Resumen de costos importantes . . . 12
H1. Prima mensual de Medicare Part B . . . 12
H2. Monto de Medicare Prescription Payment Plan . . . 12
I. Este *Manual para afiliados* . . . 13
J. Otra información importante que recibe de nosotros . . . 13
J1. Su tarjeta de identificación de afiliado . . . 13
J2. *Directorio de proveedores y farmacias* . . . 14
J3. *Lista de medicamentos cubiertos* . . . 15
J4. *Explicación de beneficios* . . . 15

K. Cómo mantener actualizado su registro de afiliación 15

K1. Privacidad de la información personal de salud (PHI) 16

A. Le damos la bienvenida a nuestro plan

Nuestro plan brinda servicios de Medicare y de Michigan Medicaid a las personas que son elegibles para ambos programas. Nuestro plan incluye proveedores de cuidado primario (PCP), hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyos a largo plazo, proveedores de salud del comportamiento y otros proveedores. También tenemos coordinadores de cuidado, coordinadores de servicios y equipos de cuidado para ayudarle a manejar sus proveedores y servicios. Todos trabajan juntos para brindarle el cuidado que necesita.

Como afiliado de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP), usted no pierde ninguno de sus beneficios de Medicaid o de Medicare. Todos los servicios que tiene con Michigan Medicaid y Medicare siguen estando disponibles, además del acceso a algunos servicios adicionales.

Recibirá la mayoría de sus beneficios cubiertos de Medicare y de Michigan Medicaid directamente de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP). Trabajará con un equipo de proveedores que le ayudarán a determinar qué servicios satisfarán mejor sus necesidades. Esto significa que algunos de los servicios que recibe ahora pueden cambiar según sus necesidades y la evaluación de su médico y su equipo de cuidado o su coordinador de cuidado. También puede recibir otros beneficios fuera de su plan de salud de la misma manera en que lo hace ahora, directamente de una agencia estatal o del condado, como servicios especializados de salud mental y de trastorno por consumo de sustancias.

B. Información sobre Medicare y Michigan Medicaid

B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para:

- personas de 65 años de edad o más,
- 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 de Medicaid de Michigan. Michigan Medicaid está administrado por el estado y lo pagan el estado y el gobierno federal. Michigan Medicaid ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) y los costos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales que Medicare no cubre.

Cada estado decide:

- qué se considera ingresos y recursos,
- quién es elegible,
- qué servicios están cubiertos, **y**
- el costo de los servicios.



Los estados pueden decidir cómo administrar sus programas, siempre y cuando sigan las reglas federales.

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

- nosotros decidamos ofrecer el plan, **y**
- Medicare y el estado de Michigan nos permitan seguir ofreciendo este plan.

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

C. Ventajas de este plan

Ahora recibirá todos sus servicios cubiertos de Medicare y de Michigan Medicaid de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP), incluidos los medicamentos recetados. **Usted no paga nada adicional por afiliarse a este plan de salud.**

Le ayudamos a que sus beneficios de Medicare y de Medicaid funcionen mejor en conjunto para usted. Algunas de las ventajas incluyen:

- Puede trabajar con nosotros para **la mayoría** de sus necesidades de cuidado de salud.
- Tendrá un equipo de cuidado que usted ayuda a formar. Su equipo de cuidado puede incluirle a usted, a su cuidador, a médicos, enfermeros, consejeros u otros profesionales de la salud.
- Tendrá acceso a un coordinador de cuidado. Esta es una persona que trabaja con usted, con nuestro plan y con su equipo de cuidado para ayudar a elaborar un plan de cuidado.
- Puede dirigir su propio cuidado con la ayuda de su equipo de cuidado y su coordinador de cuidado.
- Su equipo de cuidado y su coordinador de cuidado trabajan con usted para elaborar un plan de cuidado diseñado para satisfacer **sus** necesidades de salud. El equipo de cuidado ayuda a coordinar los servicios que usted necesita. Por ejemplo, esto significa que su equipo de cuidado se asegura de que:
  - Sus médicos conocen todos los medicamentos que usted toma para que puedan asegurarse de que esté tomando los medicamentos correctos y puedan reducir cualquier efecto secundario que usted pueda tener a causa de los medicamentos.
  - Los resultados de sus pruebas se compartan con todos sus médicos y otros proveedores, según corresponda.

Afiliados nuevos de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) H0963-001: En la mayoría de los casos, se le afiliará a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) H0963-001 para sus beneficios de Medicare el día 1 del mes posterior a su solicitud de afiliación a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) H0963-001. Es posible que siga recibiendo los servicios de Michigan Medicaid de su plan de salud anterior de Michigan Medicaid durante 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 interrupción en su cobertura de Michigan Medicaid. Si tiene preguntas, llámenos al número que aparece al final de la página.



D. 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 afiliarse a nuestro plan.

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

E. Qué lo hace elegible para ser afiliado del plan

Usted es elegible para nuestro plan siempre y cuando:

- viva en nuestra área de servicio (no se considera que las personas encarceladas viven en el área de servicio aunque se encuentren físicamente en ella), **y**
- tenga tanto Medicare Part A como Medicare Part B, **y**
- sea ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un no ciudadano elegible, **y**
- sea elegible actualmente para Michigan Medicaid, **y**
- no viva en un hogar para veteranos administrado por el estado, **y**
- no esté inscrito actualmente en cuidado de hospicio, **y**
- no esté inscrito actualmente en el programa de exención (waiver) MI Choice, **y**
- no esté inscrito actualmente en el Programa de cuidado integral para personas de edad avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE), **y**
- tenga 21 años o más al momento de la afiliación, incluidas las personas de 21 años o más atendidas por el programa de Servicios de Cuidado de Salud Especializados para Niños (Children's Specialized Health Care Services, CSHCS).
- reciba los beneficios completos de Medicaid (esto incluye a las personas que son elegibles para Medicaid mediante límites ampliados de elegibilidad financiera conforme a una exención (waiver) 1915(c) o que residen en un centro de enfermería, incluidas las que tienen un Monto de pago del paciente (Patient Pay Amount) mensual).

Si pierde su elegibilidad para Michigan Medicaid, pero se espera que la recupere dentro de 6 meses, seguiremos brindándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por Humana Dual Integrated (HMO D-SNP). Cuando termine su cobertura de Michigan Medicaid, no pagaremos sus beneficios de Michigan Medicaid. Tendrá que pagar cualquier servicio que siga recibiendo que normalmente cubre Michigan Medicaid mientras todavía esté afiliado a nuestro plan para su cobertura de Medicare. Seguirá recibiendo sus beneficios de Medicare de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) sin costo, pero es posible que tenga que pagar las primas de Medicare Part A y/o Part B, y las primas de medicamentos recetados de la Parte D. Llame al Departamento de Servicios para afiliados al número que aparece al final de esta página para obtener información adicional.



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.**

Le ayudaremos a recuperar su elegibilidad para Michigan Medicaid. Si se restablece su elegibilidad para Michigan Medicaid mientras todavía está afiliado a nuestro plan para su cobertura de Medicare:

- Volveremos a pagar sus beneficios de Michigan Medicaid.
- Su afiliación a nuestro plan continuará.
- Cubriremos el costo compartido de Medicare de los servicios que recibió mientras esperaba que se reiniciara su cobertura de Michigan Medicaid.
- Pagaremos cualquier servicio de Michigan Medicaid que haya recibido mientras esperaba que se reiniciara su cobertura de Michigan Medicaid. No pagaremos ningún servicio basado en el hogar y la comunidad (HCBS) que haya recibido durante el tiempo en que su elegibilidad para Medicaid no estaba activa.

Si no puede recuperar Michigan Medicaid dentro de 6 meses, cancelaremos su afiliación a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP). Si recupera la elegibilidad para Michigan Medicaid después de que se haya cancelado su afiliación, deberá comunicarse con nosotros para volver a afiliarse al plan.

Llame al Departamento de Servicios para afiliados al número que aparece al final de esta página para obtener información adicional.

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

Cuando se afilia por primera vez a nuestro plan, recibe una evaluación de riesgos de salud (HRA) dentro de los 90 días anteriores o posteriores a la fecha de entrada en vigor de su afiliación.

Debemos completar una HRA para usted. Esta HRA es la base para elaborar su plan de cuidado. La HRA incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, de salud del comportamiento y funcionales.

Nos comunicaremos con usted para completar la HRA. Podemos completar la HRA mediante una visita en persona, una llamada telefónica o por correo. Nos comunicaremos con usted cada año para ver si alguna de sus necesidades ha cambiado.

Le enviaremos más información sobre esta HRA.

Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) debe mantener sus proveedores actuales y los servicios que recibe en el momento de la afiliación. Esto incluye los medicamentos y los proveedores que no forman parte de nuestra red. El tiempo durante el cual seguirá recibiendo estos servicios depende de qué servicios recibe y por qué los recibe. Solo después de que hayamos completado su HRA consideraremos cualquier cambio en los servicios que recibe en el momento en que se afilia.

G. Su equipo de cuidado y su plan de cuidado

G1. Equipo de cuidado

Un equipo de cuidado puede ayudarle a seguir recibiendo el cuidado que necesita. Un equipo de cuidado puede incluir a su médico, un coordinador de cuidado, sus especialistas u otros profesionales de la salud que usted elija.

Un coordinador de cuidado es una persona capacitada para ayudarle a manejar el cuidado que necesita. Se le asigna un coordinador de cuidado cuando se afilia a nuestro plan. Esta persona también le refiere a otros recursos de la comunidad que nuestro plan podría no brindar y trabajará con su equipo de cuidado para ayudar a coordinar su cuidado. Llámenos a los números que aparecen al final de la página para obtener más información sobre su coordinador de cuidado y su equipo de cuidado.

G2. Plan de cuidado

Su equipo de cuidado trabaja con usted para elaborar un plan de cuidado. Un plan de cuidado les 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 metas, teniendo en cuenta sus inquietudes, deseos, necesidades y fortalezas. Incluirá un resumen de su estado de salud y su plan para atender sus inquietudes. Se le pedirá que firme su plan de cuidado una vez que esté conforme con él.

Su plan de cuidado incluye:

- sus objetivos de cuidado de salud,
- un calendario para recibir los servicios que necesita,
- sus valores culturales y sus necesidades y preferencias de comunicación,
- sus preferencias de cuidado, servicios y apoyos,
- su lista priorizada de inquietudes, metas y objetivos, y fortalezas,
- proveedores, apoyos y servicios específicos, incluidos la cantidad, el alcance y la duración,
- un resumen de su estado de salud,
- el plan para atender sus inquietudes o metas y las medidas para lograrlas,
- la(s) persona(s) responsable(s) de ayudarle a lograr sus metas,
- las fechas límite para las intervenciones y la reevaluación, **y**
- un plan para atender las necesidades sociales relacionadas con la salud, como la seguridad alimentaria o de vivienda.

Su equipo de cuidado se reúne con usted después de su HRA. Le pregunta sobre los servicios que necesita. También le informa sobre servicios que tal vez quiera considerar recibir. Su plan de cuidado se crea según sus

necesidades y objetivos. Su equipo de cuidado trabaja con usted para actualizar su plan de cuidado al menos una vez al año.

H. Resumen de costos importantes

Sus costos pueden incluir los siguientes:

- Prima mensual de Medicare Part B (**Sección H1**)
- Monto de Medicare Prescription Payment Plan (**Sección H2**)

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser menor.

Hay programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Entre ellos se incluyen la “Ayuda Adicional (Extra Help)” y el Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP). Obtenga más información sobre este programa en el **Capítulo 2, Sección H2**. Si reúne los requisitos, afiliarse al programa podría reducir la prima mensual de su plan.

Si *ya* recibe ayuda de estos programas, **la información sobre las primas de este *Manual para afiliados* no se aplica a usted.** Le enviamos un anexo por separado, llamado “Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda Adicional (Extra Help) para pagar los medicamentos recetados” (también conocida como “Cláusula adicional para el subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este anexo, llame al Departamento de Servicios para afiliados al número que aparece al final de esta página y pida la “Cláusula adicional LIS”.

H1. Prima mensual de Medicare Part B

Muchos afiliados deben pagar otras primas de Medicare.

Algunos afiliados deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la **Sección E** anterior, para ser elegible para nuestro plan, usted debe mantener su elegibilidad para Michigan Medicaid y tener tanto Medicare Part A como Medicare Part B. Para la mayoría de los afiliados de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP), Michigan Medicaid paga su prima de Medicare Part A (si no reúne los requisitos para obtenerla automáticamente) y su prima de la Parte B.

Si Medicaid no paga sus primas de Medicare por usted, debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo afiliado de nuestro plan. Esto incluye su prima de Medicare Part B. También es posible que pague una prima de Medicare Part A si no es elegible para Medicare Part A sin prima. **Además, comuníquese con el Departamento de Servicios para afiliados o con su coordinador de cuidado e infórmeles sobre este cambio.**

H2. Monto de Medicare Prescription Payment Plan

Si participa en Medicare Prescription Payment Plan, recibirá una factura de nuestro plan por sus medicamentos (en lugar de pagarle a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por las recetas que recibe, más el saldo del mes anterior, dividido entre el número de meses que quedan en el año.

El **Capítulo 2, Sección I3** brinda más información sobre Medicare Prescription Payment Plan. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del **Capítulo 9** para presentar una queja o una apelación.

I. Este *Manual para afiliados*

Este *Manual para afiliados* forma parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las reglas de este documento. Si cree que hemos hecho algo que va en contra de estas reglas, es posible que pueda 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 pedir un *Manual para afiliados* llamando al Departamento de Servicios para afiliados a los números que aparecen al final de la página. También puede consultar el *Manual para afiliados* en nuestro sitio web, **es-www.Humana.com/plandocuments**.

El contrato está vigente durante los meses en que usted esté afiliado a nuestro plan entre el 1 de enero de 2027 y el 31 de diciembre de 2027.

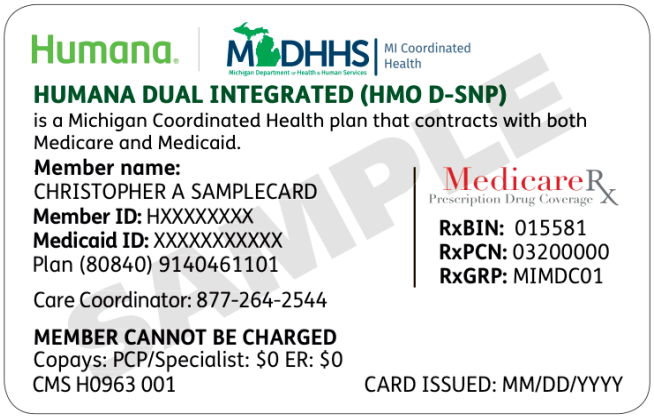
J. Otra información importante que recibe de nosotros

Otra información importante que le brindamos incluye su tarjeta de identificación de 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 de afiliado

Con nuestro plan, usted tiene una sola tarjeta para sus servicios de Medicare y de Michigan Medicaid, incluidos los LTSS, ciertos servicios de salud del comportamiento y las recetas. Muestre esta tarjeta cuando reciba cualquier servicio o receta. Esta es una muestra de la tarjeta de identificación de afiliado:

Si su tarjeta de identificación de afiliado está dañada, se le perdió o se la robaron, llame de inmediato al Departamento de Servicios para afiliados al número que aparece al final de la página. Le enviaremos una tarjeta nueva.





Mientras sea afiliado de nuestro plan, no necesita usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare ni su tarjeta de Michigan Medicaid para recibir la mayoría de los servicios. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, por si las necesita más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación de afiliado, es posible que el proveedor le facture a Medicare en lugar de a nuestro plan, y es posible que usted reciba una factura. Es posible que se le pida que muestre su tarjeta de Medicare si necesita servicios de hospital o servicios de cuidado de hospicio, o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también llamados ensayos clínicos). Consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para afiliados* para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

J2. *Directorio de proveedores y farmacias*

El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera los proveedores y las farmacias de la red de nuestro plan. Mientras sea afiliado de nuestro plan, debe usar proveedores de la red para recibir los servicios cubiertos.

Puede pedir un *Directorio de proveedores y farmacias* (en formato electrónico o impreso) llamando al Departamento de Servicios para afiliados a los números que aparecen al final de la página. Los Directorios de proveedores y farmacias impresos que se soliciten se le enviarán por correo en un plazo de tres días hábiles. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en **es-www.Humana.com/FindCare**.

El *Directorio de proveedores y farmacias* incluye una lista de los profesionales de cuidado de salud, los centros y los proveedores de apoyo que puede usar como afiliado de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP). También incluimos una lista de las farmacias que puede usar para obtener sus medicamentos recetados. Durante los primeros 90 días después de afiliarse a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP), puede consultar a cualquier proveedor que haya visto en los doce (12) meses anteriores, aunque el proveedor no esté en nuestra red.

Definición de proveedores de la red

- Nuestros proveedores de la red incluyen:
  - médicos, enfermeros y otros profesionales de cuidado de salud que puede usar como afiliado de nuestro plan;
  - clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que brindan servicios de salud en nuestro plan; **y**
  - LTSS, servicios de salud del comportamiento, agencias de cuidado de salud en el hogar, proveedores de equipo médico duradero (DME) y otros que brindan artículos y servicios que usted recibe a través de Medicare o Medicaid.

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

Definición de farmacias de la red

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

Llame al Departamento de Servicios para afiliados a los números que aparecen al final de la página para obtener más información. Tanto el Departamento de Servicios para afiliados como nuestro sitio web pueden darle la información más actualizada sobre los cambios en las farmacias y los proveedores de nuestra red.

J3. *Lista de medicamentos cubiertos*

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos*. La llamamos *Lista de medicamentos* para abreviar. Le indica qué medicamentos cubre nuestro plan. Los medicamentos de esta lista los selecciona nuestro plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados conforme al Programa de negociación de precios de medicamentos de Medicare se incluirán en su *Lista de medicamentos*, a menos que se hayan eliminado y reemplazado según se describe en el **Capítulo 5, Sección B**. Medicare aprobó la *Lista de medicamentos* de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP).

La *Lista de medicamentos* también le indica si hay reglas o restricciones para algún medicamento, como un límite en la cantidad que puede obtener. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para afiliados* para obtener más información.

Cada año, le enviamos información sobre cómo acceder a la *Lista de medicamentos*, pero pueden ocurrir algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, llame a su coordinador de cuidado o al Departamento de Servicios para afiliados, o visite nuestro sitio web en la dirección que aparece al final de la página. La *Lista de medicamentos* incluirá una sección con todos los medicamentos de Medicaid cubiertos por nuestro plan. Esta información también se encontrará en nuestro sitio web o llamando a su coordinador de cuidado o al Departamento de Servicios para afiliados.

J4. *Explicación de beneficios*

Cuando usa sus beneficios de medicamentos de Medicare Part D, le enviamos un resumen para ayudarle a entender y llevar un registro de los pagos de sus medicamentos de Medicare Part D. Este informe resumido se llama *Explicación de beneficios (EOB)*.

La Explicación de beneficios le indica el monto total que usted, u otras personas en su nombre, gastaron en sus medicamentos de Medicare Part D y el monto total que nosotros hemos pagado por cada uno de sus medicamentos de Medicare Part D durante el mes. Esta Explicación de beneficios no es una factura. La Explicación de beneficios tiene más información sobre los medicamentos que usted toma, como aumentos de precio y otros medicamentos con un costo compartido más bajo que podrían estar disponibles. Puede hablar con su profesional que receta sobre estas opciones de menor costo. El **Capítulo 6** de este *Manual para afiliados* brinda más información sobre la Explicación de beneficios y cómo le ayuda a llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

También puede pedir una Explicación de beneficios. Para obtener una copia, comuníquese con el Departamento de Servicios para afiliados a los números que aparecen al final de la página.

K. Cómo mantener actualizado su registro de afiliación

Puede mantener actualizado su registro de afiliación informándonos cuando cambie su información.

Necesitamos esta información para asegurarnos de tener su información correcta en nuestros registros. Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan usan su registro de afiliación para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de su costo compartido. Por eso, es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos de inmediato sobre 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, la del empleador de su cónyuge o la del empleador de su pareja de hecho, o la compensación de los trabajadores;
- cualquier reclamo de responsabilidad civil, como reclamos por un accidente automovilístico;
- ingreso en un centro de enfermería o en un hospital;
- cuidado en un hospital o una sala de emergencias;
- cambios en su cuidador (o cualquier persona responsable de usted); **y**
- si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No está obligado a informarnos sobre un estudio de investigación clínica en el que tiene la intención de participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si cambia alguna información, llame al Departamento de Servicios para afiliados a los números que aparecen al final de la página.

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

La información de su registro de afiliación puede incluir información personal de salud (PHI). Las leyes federales y estatales exigen que mantengamos la privacidad de su PHI. Nosotros protegemos su PHI. Para obtener más detalles sobre cómo protegemos su PHI, consulte el **Capítulo 8** de este *Manual para afiliados*.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le brinda la información de contacto de recursos importantes que pueden ayudarle a responder sus preguntas sobre nuestro plan y sus beneficios de cuidado de salud. También puede usar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su coordinador de cuidado y con otras personas para que aboguen en su nombre. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para afiliados*.

Índice

A. Departamento de Servicios para afiliados . . . 18
B. Su coordinador de cuidado . . . 20
C. MI Options . . . 22
D. Organización para el mejoramiento de calidad (QIO) . . . 23
D1. Comuníquese con Commence Health para obtener ayuda
E. Medicare . . . 24
F. Michigan Medicaid . . . 25
G. MI Community, Home, and Health Ombudsman (MI CHHO) (Ombudsman de comunidad, hogar y salud de Michigan) . . . 26
H. Programa del Ombudsman de cuidado a largo plazo de Michigan (MLTCOP) . . . 26
I. Programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos . . . 27
I1. Ayuda Adicional (Extra Help) de Medicare . . . 27
J. Seguro Social . . . 28
K. Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) . . . 29
L. Otros recursos . . . 29

A. Departamento de Servicios para afiliados

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 telefónico automatizado puede contestar su llamada fuera del horario de atención, durante los fines de semana y los días festivos. Deje su nombre y número de teléfono, y le devolveremos la llamada a más tardar al final del siguiente día hábil. Visite **MyHumana.com** para tener acceso las 24 horas a información como el historial de reclamos, la elegibilidad y la *Lista de medicamentos* de Humana. Allí también puede usar el buscador de médicos y obtener noticias e información sobre la salud. Tenemos servicios de intérprete gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número. El horario de atención es el mismo que se indica arriba.
ESCRIBA	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 el Departamento de Servicios para afiliados para obtener ayuda con:

- preguntas sobre el plan
- preguntas sobre reclamos o facturación
- decisiones de cobertura sobre su cuidado de salud
  - Una decisión de cobertura sobre su cuidado de salud es una decisión sobre:
    - sus beneficios y servicios cubiertos, **o**
    - el monto que pagaremos por sus servicios de salud.
  - Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura sobre el cuidado de salud.
  - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para afiliados*.

- apelaciones sobre su cuidado de salud
  - Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y de pedirnos que la cambiemos si cree que cometimos un error o si no está de acuerdo con la decisión.
  - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para afiliados* o comuníquese con el Departamento de Servicios para afiliados.
- quejas sobre su cuidado de salud
  - Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier proveedor (incluido un proveedor fuera de la red o un proveedor de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nuestro plan. También puede presentarnos una queja a nosotros o a la Organización para el mejoramiento de calidad (QIO) sobre la calidad del cuidado que recibió (consulte la **Sección D** a continuación).
  - Puede llamarnos y explicar su queja al 855-281-6070.
  - Si su queja es sobre una decisión de cobertura sobre su cuidado de salud, puede presentar una apelación. *(Consulte la sección anterior)*.
  - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar un formulario en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
  - Puede comunicarse con MI Community, Home, and Health Ombudsman (MI CHHO) para que le ayude con su queja. Puede comunicarse con MI CHHO al 1-888-746-6456 o en www.meji.org/michho/contact-michho.
  - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su cuidado de 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:
    - sus beneficios y medicamentos cubiertos, **o**
    - el monto que pagamos por sus medicamentos.
  - Esto se aplica a sus medicamentos de Medicare Part D y a los medicamentos cubiertos por Michigan Medicaid.
  - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura sobre sus medicamentos recetados, consulte el **Capítulo 9, Sección F4**, de este *Manual para afiliados*.
- apelaciones sobre sus medicamentos
  - Una apelación es una manera de pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura.
  - Para obtener más información sobre cómo presentar 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 sobre cualquier farmacia. Esto incluye una queja sobre sus medicamentos.
  - Si su queja es sobre una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior, **Capítulo 2, Sección A).**
  - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar un formulario en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O bien, 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 de cuidado de salud o medicamentos que ya pagó
  - Para obtener más información sobre cómo pedirnos que le devolvamos el dinero o que paguemos una factura que recibió, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para afiliados*.
  - Si nos pide que paguemos una factura y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para afiliados*.

B. Su coordinador de cuidado

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

Usted es clave para su equipo de cuidado y podrá conversar por teléfono con su propio coordinador de cuidado personal. También es posible que haya visitas a domicilio en persona si tiene necesidades complejas de salud, de salud mental o de servicios a largo plazo.

Su coordinador de cuidado trabajará con usted y con los familiares u otros cuidadores que usted elija. Su coordinador de cuidado puede ayudarle a mantenerse saludable asegurándose de que usted y sus proveedores trabajen juntos para satisfacer todas sus necesidades de cuidado de salud. Estamos aquí para ayudarle a entender y seguir su plan de tratamiento y sus instrucciones. Al trabajar con usted, su coordinador de cuidado también puede incluir a otros profesionales de la salud, como enfermeros, trabajadores sociales y especialistas en servicios a largo plazo y en salud del comportamiento: este es su equipo de cuidado.

Nuestros coordinadores de cuidado están aquí para ayudarle a mantenerse seguro y saludable. Por ejemplo, su coordinador de cuidado puede:

- Apoyarle para encontrar maneras de manejar su salud
- Responder sus preguntas de salud
- Trabajar con usted y sus médicos para elaborar un plan de cuidado que satisfaga todas sus necesidades
- Ayudarle a asegurarse de que tenga todos sus medicamentos y sepa cómo tomarlos

- Apoyarle si tiene afecciones crónicas, como diabetes, enfermedades del corazón y otras enfermedades
- Apoyar sus metas de salud y ayudarle a alcanzarlas
- Ayudarle a conectarse con servicios comunitarios donde vive
- Brindar apoyo para el cuidado después de una hospitalización
- Ayudarle a regresar a la comunidad después de una estadía en un hogar para personas de la tercera edad o como paciente internado
- Elaborar un plan para crisis que le ayude a mantenerse seguro en momentos 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 todavía no tiene uno, pida uno usando la misma tabla. A todas las personas se les asigna un coordinador de cuidado; si no tiene uno, también puede llamar al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de afiliado.

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 telefónico automatizado puede contestar su llamada fuera del horario de atención, durante los fines de semana y los días festivos. Deje su nombre y número de teléfono, y le devolveremos la llamada a más tardar al final del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Visite **MyHumana.com** para tener acceso las 24 horas a información como el historial de reclamos, la elegibilidad y la *Lista de medicamentos* de Humana. Allí también puede usar el buscador de médicos y obtener noticias e información sobre la salud. Tenemos servicios de intérprete gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número. El horario de atención es el mismo que se indica arriba.
ESCRIBA	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:

- preguntas sobre su cuidado de salud

- preguntas sobre cómo obtener servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastorno por consumo de sustancias)
- preguntas sobre el transporte
- Si su proveedor o su coordinador de cuidado cree que usted podría ser elegible para recibir cuidado a largo plazo o apoyos y servicios adicionales para que pueda permanecer en su hogar, lo referirá a una agencia que decidirá si usted es elegible para esos servicios.

A veces puede obtener ayuda con sus necesidades diarias de cuidado de salud y de la vida diaria. Si califica para los LTSS, es posible que pueda obtener estos servicios:

- Servicio diurno para adultos - También conocido como cuidado diurno para adultos
- Servicios conductuales
- Habilitación diurna – También conocida como habilitación
- Sistema de respuesta ante emergencias en el hogar
- Adaptaciones para la accesibilidad del entorno
- Comidas entregadas en el hogar
- Cuidado de salud en el hogar
- Servicios de ayuda doméstica (Homemaker)
- Enfermería - Intermitente
- Enfermería - Especializada
- Asistente personal
- Sistema personal de respuesta ante emergencias
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla – también conocidas como servicios de rehabilitación
- Servicios prevocacionales
- Relevo
- Cuidado de enfermería especializada
- Equipos y suministros especializados, y
- Programa de vida asistida (Supportive Living Program) – También conocido como servicio de vida asistida (Supportive Living Service)

C. MI Options

El Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP) es un programa del gobierno con consejeros capacitados en todos los estados que ofrece ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare. En Michigan, el SHIP se llama MI Options.

MI Options es un programa estatal independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a las personas que tienen Medicare.

LLAME AL	1-800-803-7174 De lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Tenga en cuenta que este es el centro de llamadas principal de MI Options. Hay varias entidades de MI Options contratadas en todo el estado y su horario de atención puede variar según la ubicación
TTY	711 De lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.
ESCRIBA	MI Options P.O. Box 30676 Lansing, MI 48909
CORREO ELECTRÓNICO	MDHHS-MIOPTIONS@Michigan.gov
SITIO WEB	www.michigan.gov/MDHHSMIOptions

Comuníquese con MI Options para obtener ayuda con:

- preguntas sobre su Medicare
- Los consejeros de MI Options pueden responder sus preguntas sobre cómo cambiarse a un plan nuevo y ayudarle a:
  – entender sus derechos,
  – entender sus opciones de planes,
  – responder preguntas sobre cómo cambiar de plan,
  – presentar quejas sobre su cuidado de salud o tratamiento, **y**
  – resolver problemas con sus facturas.

D. Organización para el mejoramiento de calidad (QIO)

Nuestro estado tiene una organización llamada Commence Health para el mejoramiento de calidad. Se trata de un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de salud que ayudan a mejorar la calidad del cuidado para las personas que tienen Medicare. Commence Health es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

LLAME AL	1-888-524-9900 Esta llamada es gratuita.

TTY	La QIO usa un número de TTY directo. El número de teléfono TTY es 1-888-985-8775. Este número es para las personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.
ESCRIBA	Commence Health 10820 Guilford Rd., Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	**www.commencehealthqio.cms.gov/en**

Comuníquese con Commence Health para obtener ayuda si:

- preguntas sobre sus derechos de cuidado de salud
- presentar una queja sobre el cuidado que recibió si usted:
  - tiene un problema con la calidad del cuidado, como recibir el medicamento equivocado, pruebas o procedimientos innecesarios, o un diagnóstico equivocado,
  - cree que su estadía en el hospital va a terminar demasiado pronto, **o**
  - cree que su cuidado de salud en el hogar, su cuidado en un centro de enfermería especializada o sus servicios en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) van a terminar demasiado pronto.

E. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para las personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y las 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 Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

LLAME AL	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número 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 personas que tienen dificultades para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.
CHAT EN VIVO	Chatee en vivo en **www.Medicare.gov/talk-to-someone**
ESCRIBA	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

SITIO WEB	**www.medicare.gov** • Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare en su área, incluido lo que cuestan y los servicios que ofrecen. • Encuentre médicos u otros proveedores de cuidado de salud y suministradores que participan en Medicare. • Averigüe lo que cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes de detección, inyecciones o vacunas, y visitas anuales de "bienestar"). • Obtenga información y formularios sobre las apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad del cuidado que prestan los planes, los hogares para personas de la tercera edad, los hospitales, los médicos, las agencias de cuidado de salud en el hogar, los centros de diálisis, los centros de cuidado de hospicio, los centros de rehabilitación para pacientes internados y los hospitales de cuidado a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. • Para presentar una queja ante Medicare, visite **www.medicare.gov/my/medicare-complaint**. Medicare toma en serio sus quejas y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

F. Michigan Medicaid

Michigan Medicaid ayuda con los costos médicos y de servicios y apoyos a largo plazo de las personas con ingresos y recursos limitados.

Usted está afiliado a Medicare y a Medicaid. Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, llame a la

Línea de ayuda para beneficiarios (Beneficiary Help Line): 1-800-642-3195 o visite www.michigan.gov/mdhhs/assistance-programs/medicaid/portalhome/beneficiaries/support.

LLAME AL	Línea de ayuda para beneficiarios (Beneficiary Help Line) 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 gratuita.
ESCRIBA	400 S. Pine St. 5th Floor Lansing, MI 48933

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

G. MI Community, Home, and Health Ombudsman (MI CHHO) (Ombudsman de comunidad, hogar y salud de Michigan)

MI CHHO actúa como defensor en su nombre. Puede responder sus preguntas si tiene un problema o una queja y puede ayudarle a entender qué hacer. MI CHHO también le ayuda con problemas de servicio o de facturación. No está relacionado con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros ni plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

LLAME AL	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.
CORREO ELECTRÓNICO	MI-CHHO@meji.org
SITIO WEB	**meji.org/michho**

H. Programa del Ombudsman de cuidado a largo plazo de Michigan (MLTCOP)

El MLTCOP ayuda a las personas a obtener información sobre los hogares para personas de la tercera edad y a resolver problemas entre los hogares para personas de la tercera edad y los residentes o sus familias.

El Programa del Ombudsman de cuidado a largo plazo de Michigan (MLTCOP) no está relacionado con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros ni plan de salud.

LLAME AL	517-827-8040
ESCRIBA	MLTCOP - MEJI 15851 S. US 27, Suite 73 Lansing. MI 48906
CORREO ELECTRÓNICO	MLTCOP@meji.org
SITIO WEB	**www.mltcop.org/**

I. Programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos

El sitio web de Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) ofrece información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas que ayudan, como se describe a continuación.

I1. Ayuda Adicional (Extra Help) de Medicare

Como usted es elegible para Medicaid, califica para recibir y está recibiendo la "Ayuda Adicional (Extra Help)" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos. No necesita hacer nada para obtener esta "Ayuda Adicional (Extra Help)".

LLAME AL	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número 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 personas que tienen dificultades para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.
SITIO WEB	**www.medicare.gov**

Si cree que está pagando un monto incorrecto por su receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para ayudarle a obtener una prueba del monto correcto de su copago. Si ya tiene una prueba del monto correcto, podemos ayudarle a compartir esta prueba con nosotros.

- Si ya tiene un documento que demuestra que ha calificado para la "Ayuda Adicional (Extra Help)", puede mostrarlo la próxima vez que vaya a una farmacia a surtir una receta. Puede darnos una prueba a nosotros o mostrar una prueba en la farmacia.

Prueba de que ya tiene la condición de Ayuda Adicional (Extra Help)

- Una copia de su tarjeta de Medicaid que muestre su nombre y la fecha en que pasó a ser elegible para la Ayuda Adicional (Extra Help). La fecha debe ser del mes de julio o posterior del año pasado.
- Una carta de la Administración del Seguro Social que muestre su condición de Ayuda Adicional (Extra Help). Esta carta podría llamarse Información importante (Important Information), Carta de concesión (Award Letter), Aviso de cambio (Notice of Change) o Aviso de acción (Notice of Action).
- Una carta de la Administración del Seguro Social que muestre que usted recibe Seguridad de Ingreso Suplementario. Si ese es el caso, también califica para la Ayuda Adicional (Extra Help).

Prueba de que tiene una condición activa de Indiana PathWays for Aging que califica para la Ayuda Adicional (Extra Help)

- Una copia de cualquier documento del estado o cualquier impresión del estado que muestre su condición activa de Medicaid que califica para la Ayuda Adicional (Extra Help). La fecha de vigencia que se muestre debe ser del mes de julio o posterior del año pasado.

Prueba de un pago de Medicaid por una estadía en un centro médico

Su estadía en el centro médico debe durar por lo menos un mes completo y debe ser del mes de julio o posterior del año pasado.

- Un estado de cuenta de facturación del centro que muestre el pago de Medicaid
- Una copia de cualquier documento del estado o cualquier impresión del sistema del estado que muestre el pago de Medicaid a su nombre

Si primero muestra uno de los documentos mencionados arriba como prueba en la farmacia, también envíenos una copia. Envíe el documento por correo a:

Humana
P.O. Box 14168
Lexington, KY 40512-4168

- Cuando recibamos la prueba que muestre el nivel correcto de copago, actualizaremos nuestro sistema para que usted pueda pagar el monto correcto de copago cuando obtenga su próxima receta. Si paga de más en su copago, le devolveremos el dinero con un cheque o con un crédito para un copago futuro. Si la farmacia no le cobró el copago y usted tiene una deuda con ella, es posible que hagamos el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, es posible que hagamos el pago directamente al estado. Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para afiliados al número que aparece al pie de la página.

J. Seguro Social

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

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para informarle.

LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes. Puede usar sus servicios telefónicos automatizados para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.

TTY	1-800-325-0778 Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.
SITIO WEB	**www.ssa.gov**

K. Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB)

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

LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Oprima “0” para hablar con un representante de la RRB 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. Oprima “1” para tener acceso a la línea de ayuda automatizada de la 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 personas que tienen dificultades para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número. Las llamadas a este número no son gratuitas.
SITIO WEB	**www.rrb.gov**

L. Otros recursos

Programa de mejoramiento de calidad (QI)

Tenemos un programa de mejoramiento de calidad (QI) que se enfoca en el cuidado clínico y preventivo y en las funciones de servicio a los afiliados del plan de salud. Usted tiene derecho a informarnos sobre los cambios que cree que deberíamos hacer. Para informarnos sobre cambios u obtener una copia impresa del programa de mejoramiento de calidad (QI) de Humana, envíe una solicitud por correo a la siguiente dirección: Humana Quality Operations Compliance and Accreditation Department, QI Progress Report, 321 West Main Street, WFP 20, Louisville, KY 40202, o llame al Departamento de Servicios para afiliados de Humana Gold Plus Integrated 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.

Capítulo 3: Cómo usar la cobertura de nuestro plan para su cuidado de salud y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo contiene términos y reglas específicos que debe conocer para obtener cuidado de 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 en ciertas circunstancias especiales (incluso de proveedores o farmacias fuera de la red), qué hacer cuando se le factura directamente por servicios que cubrimos y las reglas para ser propietario de equipo médico duradero (DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para afiliados*.

Índice

A. Información sobre servicios y proveedores . . . 32

B. Reglas para obtener los servicios que cubre nuestro plan . . . 32

C. Su coordinador de cuidado . . . 33

C1. Qué es un coordinador de cuidado . . . 33

C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de cuidado . . . 34

C3. Cómo puede cambiar de coordinador de cuidado . . . 35

D. Cuidado de los proveedores . . . 35

D1. Cuidado de un proveedor de cuidado primario (PCP) . . . 35

D2. Cuidado de especialistas y otros proveedores de la red . . . 37

D3. Cuando un proveedor deja nuestro plan . . . 38

D4. Proveedores fuera de la red . . . 39

E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) . . . 39

F. Servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastorno por consumo de sustancias) . . . 39

G. Cómo obtener cuidado autodirigido . . . 40

G1. Qué es el cuidado autodirigido . . . 40

G2. Quién puede obtener cuidado autodirigido (por ejemplo, si se limita a las poblaciones con exención) . . . 40

G3. Cómo obtener ayuda para contratar proveedores de cuidado personal (si corresponde) . . . 40

H. Servicios de transporte . . . 40

I. Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando se necesitan de urgencia o durante un desastre 40

I1. Cuidado en una emergencia médica 40

I2. Cuidado que se necesita de urgencia 42

I3. Cuidado durante un desastre 44

J. Qué pasa si se le factura directamente por servicios cubiertos 44

J1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios 44

K. Cobertura de servicios de cuidado de salud en un estudio de investigación clínica 45

K1. Definición de un estudio de investigación clínica 45

K2. Pago de servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica 45

K3. Más información sobre los estudios de investigación clínica 46

L. Cómo se cubren sus servicios de cuidado de salud en una institución religiosa de cuidado de salud no médico 46

L1. Definición de una institución religiosa de cuidado de salud no médico 46

L2. Cuidado de una institución religiosa de cuidado de salud no médico 46

M. Equipo médico duradero (DME) 47

M1. El DME como afiliado de nuestro plan 47

M2. Propiedad del DME cuando se cambia a Medicare Original 47

M3. Beneficios de equipo de oxígeno como afiliado de nuestro plan 47

M4. Equipo de oxígeno cuando se cambia a Medicare Original o a otro plan Medicare Advantage (MA) 48

A. Información sobre servicios y proveedores

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

Los **proveedores** son médicos, enfermeros y otras personas que le prestan servicios y cuidado y que tienen licencia del estado. Los proveedores también incluyen hospitales, agencias de cuidado de salud en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de cuidado de salud, servicios de salud del comportamiento, equipo médico y ciertos LTSS.

Los **proveedores de la red** son proveedores que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores aceptan nuestro pago y el monto de su costo compartido como pago total. Hicimos arreglos para que estos proveedores le presten servicios cubiertos. Los proveedores de la red nos facturan directamente el cuidado que le brindan. Cuando usa un proveedor de la red, por lo general solo paga su parte del costo de los servicios cubiertos.

B. Reglas para obtener los servicios que cubre nuestro plan

Nuestro plan cubre todos los servicios que cubren Medicare y Michigan Medicaid. Esto incluye la salud del comportamiento y los LTSS.

Por lo general, nuestro plan pagará los servicios de cuidado de salud, los servicios cubiertos de salud del comportamiento y los LTSS que reciba cuando siga nuestras reglas. Para que nuestro plan los cubra:

- El cuidado que reciba debe estar incluido en nuestra Tabla de beneficios médicos, en el **Capítulo 4** de este *Manual para afiliados*.
- El cuidado debe ser **médicamente necesario.** Por médicamente necesario, queremos decir que usted necesita los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye el cuidado que evita que usted ingrese en un hospital o 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)** de la red que le brinde y supervise su cuidado. Como afiliado del plan, debe elegir a un proveedor de la red para que sea su PCP (consulte la **Sección D1** para obtener más información).
  - En la mayoría de los casos, su PCP de la red o nuestro plan debe darle su aprobación antes de que pueda usar un proveedor que no sea su PCP o usar otros proveedores de la red de nuestro plan. Esto se llama **referido**. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos los servicios.

- No necesita referidos de su PCP para recibir cuidado de emergencia o cuidado que se necesita de urgencia, ni para usar un proveedor de salud para la mujer. Puede obtener otros tipos de cuidado sin tener un referido de su PCP (consulte la **Sección D1** para obtener más información).

- **Debe obtener su cuidado de proveedores de la red** (para obtener más información, consulte la **Sección D** de este capítulo)**.** Por lo general, no cubriremos el cuidado de un proveedor que no trabaje con nuestro plan de salud. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor el costo total de los servicios que reciba. Estos son algunos casos en los que esta regla no se aplica:
  - Si necesita cuidado de emergencia o cuidado que se necesita de urgencia de un proveedor fuera de la red (para obtener más información, consulte la **Sección I** de este capítulo).
  - Si necesita cuidado que cubre nuestro plan y nuestros proveedores de la red no se lo pueden brindar, puede obtener el cuidado de un proveedor fuera de la red. Debe obtener una autorización del plan antes de buscar cuidado de un proveedor fuera de la red. En esta situación, cubrimos el cuidado como si lo hubiera recibido de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener aprobación para usar un proveedor fuera de la red, consulte la **Sección D4** de este capítulo.
  - Si necesita servicios de diálisis renal cuando está fuera del área de servicio de nuestro plan por un período corto o cuando su proveedor no está disponible temporalmente o no es accesible, puede obtener el cuidado de un proveedor fuera de la red. El costo compartido que usted paga por la diálisis nunca puede ser mayor que el costo compartido de 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 costo compartido no puede ser mayor que el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted decide obtener los servicios dentro de nuestra área de servicio de un proveedor fuera de la red, es posible que su costo compartido por la diálisis sea mayor. Si es posible, llame al Departamento de Servicios para afiliados al número que aparece al pie de la página antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarle a hacer los arreglos para que reciba diálisis de mantenimiento mientras esté fuera.
  - El plan cubre una segunda opinión de un proveedor de la red o hace los arreglos para que el afiliado obtenga una fuera de la red, sin costo para usted.

C. Su coordinador de cuidado

C1. Qué es un coordinador de cuidado

Su coordinador de cuidado le ayudará a establecer prioridades y a conectar a todos sus médicos, farmacias, cuidado de salud del comportamiento y apoyos y servicios de cuidado a largo plazo por medio de su plan de salud. El coordinador de cuidado le ayudará a asegurarse de que sus médicos y otros proveedores trabajen juntos para satisfacer sus necesidades y respetar sus decisiones. El coordinador de cuidado lo conecta con los apoyos y servicios que necesita para estar saludable y vivir donde usted desee. Esta persona le ayudará con su plan de cuidado, responderá sus preguntas, le ayudará a obtener citas y servicios, coordinará el transporte y mucho más.

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

Usted es fundamental para su equipo de cuidado y podrá hablar por teléfono con su propio coordinador de cuidado personal. Su coordinador de cuidado hará una evaluación de riesgos de salud cuando usted se afilie al plan, como se explica en el Capítulo 1. También se harán reevaluaciones cada año, si se solicitan, o si su afección cambia. También es posible que haya visitas en persona a su hogar si tiene necesidades complejas de salud, de salud mental o de servicios y apoyos a largo plazo.

Su coordinador de cuidado trabajará con usted y con cualquier familiar u otros cuidadores que usted elija.

Su coordinador de cuidado puede ayudarle a mantenerse saludable asegurándose de que usted y sus proveedores trabajen juntos para satisfacer todas sus necesidades de cuidado de salud. Estamos aquí para ayudarle a entender y seguir su plan de tratamiento y sus instrucciones. Al trabajar con usted, su coordinador de cuidado también puede incluir a otros profesionales de la salud, como enfermeros, trabajadores sociales, especialistas en servicios a largo plazo y en salud mental: este es su equipo de cuidado.

Nuestros coordinadores de cuidado están aquí para ayudarle a mantenerse seguro y saludable. Por ejemplo, su coordinador de cuidado puede:

- Apoyarle para encontrar maneras de manejar su salud
- Responder sus preguntas de salud
- Apoyarle si tiene afecciones crónicas, como diabetes, enfermedades del corazón y otras enfermedades
- Trabajar con usted y sus médicos para elaborar un plan de cuidado que satisfaga todas sus necesidades
- Ayudarle a asegurarse de que tenga todos sus medicamentos y sepa cómo tomarlos
- Apoyar sus metas de salud y ayudarle a alcanzarlas
- Ayudarle a conectarse con servicios comunitarios donde vive
- Brindar apoyo para el cuidado después de una hospitalización
- Ayudarle a regresar a la comunidad después de una estadía en un hogar para personas de la tercera edad o como paciente internado
- Elaborar un plan para crisis que le ayude a mantenerse seguro en momentos 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 con su coordinador de cuidado llamando al Departamento de 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 telefónico automatizado podría responder su llamada fuera del horario de atención, durante los fines de semana y los días feriados. Deje su nombre y su número de teléfono, y le

devolveremos la llamada antes del final del siguiente día hábil. Esta llamada es gratuita. Puede comunicarse con su coordinador de cuidado al número que aparece en el reverso de su tarjeta o llamando al Departamento de Servicios para afiliados.

C3. Cómo puede cambiar de coordinador de cuidado

Puede pedir cambiar de coordinador de cuidado en cualquier momento llamando al Departamento de 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 los proveedores

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

Debe elegir un PCP para que le brinde y administre su cuidado.

Definición de “PCP” y lo que un PCP hace por usted

Su proveedor de cuidado primario (PCP)

Su PCP trabajará con usted para coordinar todo su cuidado de salud. Su PCP le hará sus chequeos y tratará la mayoría de sus necesidades de cuidado de salud de rutina. Si es necesario, su PCP puede enviarlo a especialistas. Puede comunicarse con su PCP llamando a su consultorio. El nombre y el número de teléfono de su PCP aparecen impresos en su tarjeta de identificación de afiliado. Es importante que llame a su PCP cuando necesite cuidado médico. También puede recurrir al asistente de su PCP o a un enfermero.

En algunos casos, un especialista puede ser un PCP; llame al Departamento de 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 tener acceso las 24 horas a información como el historial de reclamaciones, la elegibilidad y la *Lista de medicamentos* de Humana. Allí también puede usar el buscador de médicos y obtener noticias e información de salud.

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

- Médico de familia
- Médico general
- Internista
- Centro de Salud con Calificación Federal o Centro de Salud Rural
- Proveedor de cuidado de salud para la mujer (WHCP) u obstetra/ginecólogo (OB/GYN): un proveedor de cuidado de salud para la mujer (WHCP) es un médico, un enfermero practicante u otro proveedor que se especializa en obstetricia, ginecología o medicina familiar. Las afiliadas pueden elegir un WHCP como su PCP o pueden consultar a un WHCP según sea necesario y sin un referido.

A veces los tratamientos nuevos funcionan muy bien y a veces no. Algunos incluso pueden tener efectos secundarios negativos. Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) hace un seguimiento de las nuevas

investigaciones médicas. Así es como decide los nuevos beneficios para su plan de salud. Si cree que una nueva tecnología o un nuevo 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 Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) lo cubrirá.

Su elección de PCP

Para obtener información sobre cómo elegir a su PCP, llame al Departamento de 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 tener acceso las 24 horas a información como el historial de reclamaciones, la elegibilidad y la *Lista de medicamentos* de Humana. Allí también puede usar el buscador de médicos y obtener noticias e información de salud.

Si prefiere tener un PCP que tenga los mismos antecedentes culturales, étnicos o raciales que usted, llame al Departamento de Servicios para afiliados. Los afiliados que se identifican como indígenas estadounidenses o nativos de Alaska pueden usar proveedores designados como Proveedores de Cuidado de Salud para Indígenas (Indian Health Care Providers), si así lo deciden. Usted no está limitado a estos proveedores y puede elegir cualquier proveedor de la red. Para obtener ayuda para encontrar un Proveedor de Cuidado de Salud para Indígenas, llame al Departamento de Servicios para afiliados al número que aparece arriba.

Opción de cambiar de PCP

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

Si desea cambiar de PCP por cualquier motivo, debe llamar al Departamento de Servicios para afiliados para informarnos. Por lo general, las solicitudes de cambio que se reciban a más tardar el último día del mes entrarán en vigor el primer día del mes siguiente. Le enviaremos una nueva tarjeta de identificación de afiliado con su nuevo PCP. El Departamento de Servicios para afiliados también puede ayudarle a programar su primera cita, si es necesario.

Para encontrar los PCP entre los que puede elegir:

- Consulte nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.
- Consulte nuestro sitio web en **es-www.Humana.com/FindCare.**
- Llame al Departamento de 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 al Departamento de 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 tener acceso las 24 horas a información como el historial de reclamaciones, la elegibilidad y la *Lista de medicamentos* de Humana. Allí también puede usar el buscador de médicos y obtener noticias e información de salud.

Es posible que no pueda cambiar si el nuevo PCP que desea no está aceptando pacientes nuevos o tiene otras restricciones. Llámenos si necesita ayuda.

Además, es posible que su PCP deje la red de proveedores de nuestro plan y que usted tenga que buscar un PCP nuevo. Puede llamarnos si necesita ayuda para elegir un PCP diferente. Asegúrese de informarle al Departamento de Servicios para afiliados si actualmente consulta a especialistas o a otros proveedores que requirieron 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 usar otros proveedores. Esta aprobación se llama **referido**. Puede obtener servicios como los que se indican a continuación sin obtener primero la aprobación de su PCP:

- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red
- Servicios cubiertos que se necesitan de urgencia y que requieren atención médica inmediata (pero que no son una emergencia) si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si no es razonable, según el momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios que se necesitan de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Las consultas de rutina con proveedores que son médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran servicios que se necesitan de urgencia, aunque usted esté fuera del área de servicio de nuestro plan o nuestra red no esté disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está fuera del área de servicio de nuestro plan. Llame al Departamento de Servicios para afiliados antes de salir del área de servicio. Podemos ayudarle a obtener diálisis mientras esté fuera.
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra el COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía, siempre que las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de rutina de cuidado de salud para la mujer y de planificación familiar. Esto incluye exámenes de los senos, mamografías de detección (radiografías de los senos), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los reciba de un proveedor de la red.
- Además, si es elegible para recibir servicios de proveedores de salud para indígenas, puede usar estos proveedores sin un referido.
- Todos los servicios preventivos cubiertos, siempre que los reciba de un proveedor de la red.
- Manejo de medicamentos, evaluaciones, consultas y terapia para la salud mental y la farmacodependencia para pacientes ambulatorios con proveedores de la red.
- Tratamiento de emergencia o de crisis para problemas de salud mental y de farmacodependencia.

D2. Cuidado de especialistas y otros proveedores de la red

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

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.

- Los cardiólogos atienden a pacientes con problemas del corazón.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con problemas de huesos, articulaciones o músculos.

Su PCP o su proveedor de cuidado de salud para la mujer (WHCP) puede recomendarle un especialista si tiene un problema específico. Su PCP o su WHCP también puede recomendarle un laboratorio o un hospital para servicios especiales.

Es posible que necesite un referido para usar un especialista o a alguien que no sea su PCP. Un referido significa que su PCP de la red debe darle su aprobación antes de que pueda usar el otro proveedor. Si no obtiene un referido, es posible que nuestro plan no cubra el servicio. Si usa un especialista para su cuidado, es posible que tenga que volver a su PCP para obtener un referido para servicios adicionales.

Es posible que tengamos que revisar y aprobar las solicitudes de servicios antes de que usted pueda recibir servicios de un especialista. El especialista, el laboratorio o el hospital sabrán cómo obtener la aprobación para estos servicios. Esto se llama obtener una “autorización previa”. Consulte el **Capítulo 4, Sección C** para obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa.

D3. Cuando un proveedor deja nuestro plan

Es posible que un proveedor de la red que usted usa deje nuestro plan. Si uno de sus proveedores deja nuestro plan, usted tiene los derechos y las protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores cambie durante el año, debemos darle acceso sin interrupciones a proveedores calificados.
- Le avisaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
  - Si su proveedor de cuidado primario o de salud del comportamiento deja nuestro plan, le avisaremos si usted visitó a ese proveedor en los últimos tres años.
  - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le avisaremos si usted está asignado a ese proveedor, si actualmente recibe cuidado de él o si lo visitó en los últimos tres meses.
- Le ayudamos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para que siga manejando sus necesidades de cuidado de salud.
- Si actualmente recibe tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a pedir que se le siga dando el tratamiento o las terapias médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo cuidado.
- Le daremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que pueda tener para cambiar de plan.
- Si no podemos encontrar un especialista calificado de la red al que usted tenga acceso, debemos coordinar que un especialista fuera de la red le brinde cuidado cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o no sea adecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Es posible que se requiera autorización previa.

- Si se entera de que uno de sus proveedores dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros. Podemos ayudarle a elegir un nuevo proveedor para que maneje su cuidado.
- Si cree que no hemos reemplazado a su proveedor anterior con un proveedor calificado o que no estamos manejando bien su cuidado, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad del cuidado ante la Organización para el mejoramiento de calidad (QIO), una queja formal sobre la calidad del cuidado, o ambas. (Consulte el **Capítulo 9** para obtener más información).

D4. Proveedores fuera de la red

Su PCP de la red o el plan debe darle su aprobación por adelantado antes de que pueda usar proveedores que no están en la red del plan. Esto se llama darle un “referido”. Para obtener más información sobre esto y sobre las situaciones en las que puede usar 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 usted tenga que pagar estos servicios.

Para algunos tipos de servicios, es posible que su médico tenga que obtener la aprobación de nuestro plan por adelantado (esto se llama obtener “autorización previa”). Consulte el **Capítulo 4, Sección C** para obtener más información sobre qué servicios requieren autorización previa.

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

- No podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare, en Michigan Medicaid o en ambos.
- Si usa un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted debe pagar el costo total de los servicios que recibe.
- Los proveedores deben informarle si no son elegibles para participar en Medicare.

E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

Los **servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)** son servicios que ayudan a las personas de edad avanzada y a las personas con discapacidades a satisfacer sus necesidades diarias de ayuda y a mejorar su calidad de vida. Algunos ejemplos de LTSS incluyen ayuda para bañarse, vestirse y realizar otras actividades básicas de la vida diaria y del cuidado personal, así como apoyo con tareas cotidianas como lavar la ropa, hacer compras y el transporte. Los LTSS se brindan durante un período prolongado, por lo general en los hogares y las comunidades, pero también en hogares para personas de la tercera edad y otros centros.

F. Servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastorno por consumo de sustancias)

Su plan cubre todos los servicios de salud del comportamiento de Medicaid y de Medicare. Todos los servicios de salud del comportamiento existentes de Medicare y de Medicaid se seguirán brindando a las personas que actualmente reciben cuidado y que se afilian al programa MI Coordinated Health (MICH). Ciertos servicios de

salud del comportamiento que cubre Medicaid los administran los Planes de salud prepagados para pacientes internados (PIHPs) de Michigan, organizaciones con las que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan tiene contrato para administrar los beneficios de salud del comportamiento que cubre Medicaid. Nosotros administraremos todos los servicios de salud del comportamiento cubiertos por Medicaid que no administren los PIHPs y todos los servicios de salud del comportamiento que cubre 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 reúne los requisitos. Usted controlaría un presupuesto y tendría derecho a contratar y supervisar a trabajadores de cuidado personal y a otros proveedores.

G2. Quién puede obtener cuidado autodirigido (por ejemplo, si se limita a las poblaciones con exención)

Su coordinador de cuidado trabajará con usted para determinar si reúne los requisitos para recibir servicios autodirigidos.

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

Hable con su coordinador de cuidado si cree que necesita servicios que se pueden autodirigir.

H. Servicios de transporte

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

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

I1. Cuidado en una emergencia médica

Una emergencia médica es una afección médica con síntomas como enfermedad, dolor intenso, lesión grave o una afección médica que empeora rápidamente. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica

inmediata, usted o cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que tenga como resultado:

- un riesgo grave para su vida y, si está embarazada, la pérdida de un bebé no nacido; **o**
- la pérdida de funciones corporales o un daño grave a ellas; **o**
- la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad; **o**
- en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando:
  - No hay suficiente tiempo para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del parto.
  - El traslado a otro hospital puede representar una amenaza para su salud o seguridad o para la de su bebé por nacer.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Pida una ambulancia si la necesita. **No** necesita la aprobación ni un referido de su PCP. No necesita usar un proveedor de la red. Puede recibir cuidado médico de emergencia cubierto siempre que lo necesite, en cualquier lugar de los EE. UU. y sus territorios o en todo el mundo, de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, aunque no forme parte de nuestra red.
- **Informe a nuestro plan sobre su emergencia lo antes posible.** Hacemos un seguimiento de su cuidado de emergencia. Usted u otra persona debe llamar para informarnos sobre su cuidado de emergencia, por lo general, dentro de las 48 horas. Sin embargo, usted no pagará por los servicios de emergencia si se demora en informarnos. Llame al Departamento de 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 una emergencia médica

Cuando esté fuera del área de servicio y no pueda recibir cuidado de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios que se necesitan de urgencia que reciba de cualquier proveedor. Nuestro plan cubre servicios de cuidado de emergencia y de urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias. Si tiene una emergencia o una necesidad urgente de cuidado fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable de pagar esos servicios por adelantado y de pedirnos un reembolso. Le reembolsaremos los servicios cubiertos de cuidado de emergencia y de urgencia fuera de la red que reciba fuera de los EE. UU. y sus territorios. Sin embargo, las tarifas de reembolso no serán mayores que las tarifas que Medicare Original pagaría por dichos servicios si los servicios se hubieran prestado en los Estados Unidos, en la localidad donde usted reside. El monto que le paguemos, si corresponde, se reducirá por cualquier costo compartido aplicable. Debido a que reembolsaremos a tarifas no mayores que las tarifas que Medicare Original reembolsaría, y debido a que los proveedores extranjeros podrían cobrar más por los servicios que las tarifas que pagaría Medicare Original, el total de nuestro reembolso más el costo compartido aplicable puede ser menor que los montos que usted le paga al proveedor extranjero. Este es un beneficio suplementario que Medicare generalmente no cubre. Debe enviar un comprobante de pago a Humana para obtener el reembolso. Consulte el **Capítulo 4** para obtener más información. Si ya pagó los servicios cubiertos, le reembolsaremos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Puede enviarnos la factura

con los expedientes médicos para que consideremos el pago. El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país NO está cubierto. Los tratamientos programados y planificados con anticipación (incluido el tratamiento de una afección continua) o los procedimientos electivos, o ambos, NO están cubiertos.

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

Los proveedores que le brindan cuidado de emergencia deciden cuándo su afección está estable y cuándo terminó la emergencia médica. Seguirán tratándolo y se comunicarán con nosotros para hacer planes si necesita cuidado de seguimiento para mejorar.

Nuestro plan cubre su cuidado de seguimiento. Si recibe su cuidado de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos que proveedores de la red se hagan cargo de su cuidado lo antes posible.

Cómo obtener cuidado de emergencia si no era una emergencia

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica o de salud del comportamiento. Es posible que usted acuda para recibir cuidado de emergencia y el médico le diga que en realidad no era una emergencia. Siempre que usted haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubrimos su cuidado.

Sin embargo, después de que el médico diga que no era una emergencia, cubrimos su cuidado adicional solo si:

- Usa un proveedor de la red, **o**
- El cuidado adicional que recibe se considera “cuidado que se necesita de urgencia” y usted sigue las reglas para obtenerlo. Consulte la siguiente sección.

I2. Cuidado que se necesita de urgencia

El cuidado que se necesita de urgencia es el cuidado que recibe por una situación que no es una emergencia, pero que necesita cuidado de inmediato. Por ejemplo, podría tener un empeoramiento de una afección existente o una enfermedad o lesión imprevista.

Cuidado que se necesita de urgencia en el área de servicio de nuestro plan

En la mayoría de los casos, cubrimos el cuidado que se necesita de urgencia solo si:

- Recibe este cuidado de un proveedor de la red **y**
- Sigue las reglas descritas en este capítulo.

Si no es posible o razonable acudir a un proveedor de la red, dado el momento, el lugar o las circunstancias, cubrimos el cuidado que se necesita de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Si tiene una crisis de salud mental, puede obtener ayuda llamando a la Línea de ayuda para crisis gratuita al 844-462-7474 (condado de Wayne) o al 586-307-9100 (condado de Macomb) (TTY 711). Habrá profesionales

de salud mental calificados disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana para responder sus preguntas, evaluar su salud mental y brindar y coordinar servicios según sea necesario.

Si cree que necesita cuidado de urgencia, puede:

1. Llamar a su PCP para pedir consejo. Puede comunicarse con su PCP o con un médico suplente las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

O

2. Llamar a nuestra línea de asesoramiento de enfermería de 24 horas al 866-220-4102 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

O

3. Acudir a un centro de cuidado de urgencia participante. Estos aparecen en el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrarlos en nuestro sitio web en **es-www.Humana.com/FindCare**. Después de acudir, siempre llame a su PCP para programar el cuidado de seguimiento.

Cuidado que se necesita de urgencia cuando está fuera del área de servicio del plan

Cuando está 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 cubre el cuidado que se necesita de urgencia que reciba de cualquier proveedor. Sin embargo, las consultas de rutina con proveedores que son médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran cuidado que se necesita de urgencia, aunque usted esté fuera del área de servicio de nuestro plan o la red de nuestro plan no esté disponible temporalmente.

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

Nuestro plan cubre servicios de cuidado de emergencia y de urgencia en todo el mundo, fuera de los Estados Unidos, en las siguientes circunstancias. Si tiene una emergencia o una necesidad urgente de cuidado fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable de pagar esos servicios por adelantado y de pedirnos un reembolso. Le reembolsaremos los servicios cubiertos de cuidado de emergencia y de urgencia fuera de la red que reciba fuera de los EE. UU. y sus territorios. Sin embargo, las tarifas de reembolso no serán mayores que las tarifas que Medicare Original pagaría por dichos servicios si los servicios se hubieran prestado en los Estados Unidos, en la localidad donde usted reside. El monto que le paguemos, si corresponde, se reducirá por cualquier costo compartido aplicable. Debido a que reembolsaremos a tarifas no mayores que las tarifas que Medicare Original reembolsaría, y debido a que los proveedores extranjeros podrían cobrar más por los servicios que las tarifas que pagaría Medicare Original, el total de nuestro reembolso más el costo compartido aplicable puede ser menor que los montos que usted le paga al proveedor extranjero. Este es un beneficio suplementario que Medicare generalmente no cubre. Debe enviar un comprobante de pago a Humana para obtener el reembolso. Consulte el **Capítulo 4** para obtener más información. Si ya pagó los servicios cubiertos, le reembolsaremos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Puede enviarnos la factura con los expedientes médicos para que consideremos el pago. El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país NO está cubierto. Los tratamientos programados y planificados con anticipación (incluido el tratamiento de una afección continua) o los procedimientos electivos, o ambos, NO están cubiertos.

I3. Cuidado durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o de emergencia en su área geográfica, usted sigue teniendo derecho a recibir cuidado de nuestro plan.

Visite nuestro sitio web para obtener información sobre cómo obtener el cuidado necesario durante un desastre declarado: **es-www.Humana.com/alert**.

Durante un desastre declarado, si no puede usar un proveedor de la red, puede recibir cuidado de proveedores fuera de la red sin costo para usted. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre declarado, puede surtir sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para afiliados* para obtener más información.

J. Qué pasa si se le factura directamente por servicios cubiertos

Si un proveedor le envía una factura en lugar de enviarla a nuestro plan, debe pedirnos que paguemos la factura. Si pagó sus servicios cubiertos o si recibió una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para afiliados* para saber qué hacer.

No debe pagar la factura 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 se determine que son médicamente necesarios, **y**
- que aparecen en la Tabla de beneficios de nuestro plan (consulte el **Capítulo 4, Sección D** de este *Manual para afiliados*), **y**
- que recibe siguiendo las reglas del plan.

Si recibe servicios que nuestro plan no cubre, **usted paga el costo total.**

Si quiere saber si pagamos algún servicio o cuidado médico, tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a pedirlo por escrito. Si le decimos que no pagaremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

El **Capítulo 9, Sección E** de este *Manual para afiliados* explica qué hacer si quiere que cubramos un servicio o artículo médico. También le indica cómo apelar nuestra decisión de cobertura. Llame al Departamento de Servicios para afiliados para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Pagamos algunos servicios hasta cierto límite. Si supera el límite, usted paga el costo total para obtener más de ese tipo de servicio. Consulte el **Capítulo 4** para conocer los límites específicos de los beneficios. Llame al Departamento de Servicios para afiliados para saber cuáles son los límites de los beneficios y cuánto de sus beneficios ha usado.

K. Cobertura de servicios de cuidado de 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 que los médicos prueban nuevos tipos de cuidado de salud o medicamentos. Piden voluntarios para que ayuden con el estudio. Este tipo de estudio ayuda a los médicos a decidir si un nuevo tipo de cuidado de salud o medicamento funciona y si es seguro.

Una vez que Medicare o nuestro plan apruebe un estudio en el que usted quiera participar, y usted exprese interés, una persona que trabaja en el estudio se comunicará con usted. Esa persona le informará sobre el estudio y averiguará si usted reúne los requisitos para participar. Puede participar en el estudio siempre que cumpla con las condiciones requeridas. También debe entender y aceptar lo que debe hacer para el estudio.

Mientras participe en el estudio, puede seguir afiliado a nuestro plan. De esa manera, sigue recibiendo de nuestro plan el cuidado que no está relacionado con el estudio.

Si quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** necesita informarnos ni obtener nuestra aprobación ni 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 un registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (NCDs-CED) y estudios de exención de dispositivos en investigación (IDE). 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 tiene pensado participar en un estudio de investigación clínica que Medicare Original cubre para las personas inscritas, le recomendamos que usted o su coordinador de cuidado se comuniquen con el Departamento de Servicios para afiliados para informarnos que participará en un ensayo clínico.

K2. Pago de servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica

Si se ofrece como voluntario para un estudio de investigación clínica que aprueba Medicare, no paga nada por los servicios cubiertos por el estudio. Medicare paga los servicios cubiertos por el estudio, así como los costos de rutina asociados con su cuidado. Una vez que se une a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tiene cobertura para la mayoría de los servicios y artículos que recibe como parte del estudio. Esto incluye:

- alojamiento y comida durante una estadía en el hospital que Medicare pagaría aunque usted no participara en un estudio
- una operación u otro procedimiento médico que forme parte del estudio de investigación
- el tratamiento de cualquier efecto secundario y complicación del nuevo cuidado

Si participa en un estudio que Medicare **no** ha aprobado, usted paga todos los costos por participar en el estudio.

K3. Más información sobre los estudios de investigación clínica

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica leyendo "Medicare y los estudios de investigación clínica" (Medicare & Clinical Research Studies) en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

L. Cómo se cubren sus servicios de cuidado de salud en una institución religiosa de cuidado de salud no médico

L1. Definición de una institución religiosa de cuidado de salud no médico

Una institución religiosa de cuidado de salud no médico es un lugar que brinda el cuidado que normalmente recibiría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir cuidado en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, cubrimos el cuidado en una institución religiosa de cuidado de salud no médico.

Este beneficio es solo para servicios para pacientes internados de Medicare Part A (servicios de cuidado de salud no médicos).

L2. Cuidado de una institución religiosa de cuidado de salud no médico

Para recibir cuidado de una institución religiosa de cuidado de salud no médico, debe firmar un documento legal que diga que usted se opone a recibir tratamiento médico "no exceptuado".

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

Para que nuestro plan lo cubra, el cuidado que reciba de una institución religiosa de cuidado de salud no médico debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que brinda el cuidado debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre los aspectos no religiosos del cuidado.
- Si recibe servicios de esta institución que se le brindan en un centro:
  - Debe tener una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos de cuidado hospitalario para pacientes internados o de cuidado en un centro de enfermería especializada.
  - Debe obtener nuestra aprobación antes de ser admitido en el centro, o su estadía **no** estará cubierta.

Se aplican los límites de cobertura de hospital para pacientes internados de Medicare (consulte la Tabla de beneficios médicos en el **Capítulo 4, Sección C** de este *Manual para afiliados*).

M. Equipo médico duradero (DME)

M1. El DME como afiliado de nuestro plan

El DME incluye ciertos artículos médicamente necesarios indicados por un proveedor, como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital indicadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores de voz, equipo y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Algunos artículos de DME, como las prótesis, siempre son de su propiedad.

Otros tipos de DME debe alquilarlos. Como afiliado de nuestro plan, por lo general, los artículos de DME alquilados **no** pasarán a ser de su propiedad, sin importar cuánto tiempo los alquile.

Aunque haya tenido un DME por hasta 12 meses seguidos con Medicare antes de afiliarse a nuestro plan, el equipo **no** será de su propiedad.

M2. Propiedad del DME cuando se cambia a Medicare Original

En el programa Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME pasan a ser sus propietarias después de 13 meses. En un plan Medicare Advantage (MA), el plan puede establecer la cantidad de meses que las personas deben alquilar ciertos tipos de DME antes de que pasen a ser de su propiedad.

Tendrá que hacer 13 pagos seguidos con Medicare Original, o tendrá que hacer la cantidad de pagos seguidos que establezca el plan MA, para ser propietario del artículo de DME si:

- no pasó a ser propietario del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan, **y**
- deja nuestro plan y recibe sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud en el programa Medicare Original o en un plan MA.

Si hizo pagos por el artículo de DME con Medicare Original o con un plan MA antes de afiliarse a nuestro plan, **esos pagos de Medicare Original o del plan MA no cuentan para los pagos que debe hacer después de dejar nuestro plan.**

- Tendrá que hacer 13 pagos nuevos seguidos con Medicare Original o la cantidad de pagos nuevos seguidos que establezca el plan MA para ser propietario del artículo de DME.
- No hay excepciones a esto cuando regresa a Medicare Original o a un plan MA.

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

Si reúne los requisitos para recibir equipo de oxígeno cubierto por Medicare, cubrimos lo siguiente:

- el alquiler del equipo de oxígeno
- la entrega de oxígeno y del contenido de oxígeno
- los tubos y accesorios relacionados para la entrega de oxígeno y del contenido de oxígeno
- el mantenimiento y las reparaciones del equipo de oxígeno

El equipo de oxígeno se debe devolver cuando ya no sea médicamente necesario para usted o si deja nuestro plan.

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

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted deja nuestro plan y se cambia a Medicare Original**, lo alquila a un proveedor de equipos 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 médicamente necesario **después de alquilarlo por 36 meses,** su proveedor de equipos debe brindarle:

- equipo, suministros y servicios de oxígeno por otros 24 meses.
- equipo y suministros de oxígeno por hasta cinco años, si son médicamente necesarios.

Si el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario **al final del período de cinco años:**

- Su proveedor de equipos ya no tiene que brindárselo, y usted puede elegir obtener equipo de reemplazo de cualquier proveedor de equipos.
- Comienza un nuevo período de cinco años.
- Usted lo alquila a un proveedor de equipos por 36 meses.
- Luego, su proveedor de equipos le brinda el equipo, los suministros y los servicios de oxígeno por otros 24 meses.
- Comienza un nuevo ciclo cada cinco años, siempre que el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted deja nuestro plan y se cambia a otro plan MA,** el plan cubrirá, como mínimo, lo que cubre Medicare Original. Puede preguntarle a su nuevo plan MA qué equipo y suministros de oxígeno cubre y cuáles serán sus costos.

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

Este capítulo le informa sobre los servicios que cubre nuestro plan y cualquier restricción o límite de esos servicios. También le informa sobre los beneficios que nuestro plan no cubre. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para afiliados*.

Índice

A. Sus servicios cubiertos y sus costos de desembolso personal 49

B. Reglas que prohíben a los proveedores cobrarle por los servicios 49

C. Acerca de la Tabla de beneficios de nuestro plan 50

D. Tabla de beneficios de nuestro plan 53

E. Beneficios para visitantes o viajeros de nuestro plan 124

F. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan 125

G. Beneficios que no cubre nuestro plan, Medicare ni Michigan Medicaid 125

A. Sus servicios cubiertos y sus costos de desembolso personal

Este capítulo le informa sobre los servicios que cubre nuestro plan y cuánto paga usted por cada servicio. También puede obtener información sobre los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos está en el **Capítulo 5** de este *Manual para afiliados*. Este capítulo también explica los límites de algunos servicios.

Como usted recibe ayuda de Michigan Medicaid, no paga nada por sus servicios cubiertos siempre que siga las reglas de nuestro plan. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual para afiliados* para obtener detalles sobre las reglas de nuestro plan.

Si necesita ayuda para entender qué servicios están cubiertos, llame al Departamento de 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 que prohíben a los proveedores cobrarle por los servicios

No permitimos que nuestros proveedores le facturen por servicios cubiertos dentro de la red. Les pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos de cualquier cargo. Esto es así aunque le paguemos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio.

Nunca debería recibir una factura de un proveedor por servicios cubiertos. Si la recibe, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para afiliados* o llame al Departamento de Servicios para afiliados.

C. Acerca de la Tabla de beneficios de nuestro plan

La Tabla de beneficios le indica los servicios que paga nuestro plan. (La cobertura de medicamentos está en el **Capítulo 5**). En ella se enumeran los servicios cubiertos en orden alfabético y se explican.

Pagamos los servicios que aparecen en la Tabla de beneficios cuando se cumplen las siguientes reglas.

Usted **no** paga nada por los servicios que aparecen en la Tabla de beneficios, siempre que cumpla con los requisitos que se describen a continuación.

- Brindamos los servicios cubiertos de Medicare y de Michigan Medicaid de acuerdo con las reglas que establecen Medicare y Michigan Medicaid.
- Los servicios (incluidos el cuidado médico, los servicios de salud del comportamiento y por consumo de sustancias, los servicios y apoyos a largo plazo, los suministros, los equipos y los medicamentos) deben ser “médicamente necesarios”. Médicamente necesario describe los servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye el cuidado que evita que usted ingrese en un hospital o en un centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Para las personas recién inscritas, durante los primeros 90 días, es posible que no le exijamos obtener aprobación por adelantado para ningún tratamiento activo, aunque el tratamiento fuera 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 la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, el cuidado que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierto, a menos que sea una emergencia o cuidado que se necesita de urgencia, o a menos que su plan o un proveedor de la red le haya dado un referido. Esto significa que usted le paga al proveedor el total de los servicios fuera de la red que reciba. El **Capítulo 3** de este *Manual para afiliados* tiene más información sobre cómo usar proveedores de la red y fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de cuidado primario (PCP) o un equipo de cuidado que le brinda y administra su cuidado. En la mayoría de los casos, su PCP debe darle su aprobación antes de que pueda usar un proveedor que no sea su PCP o usar otros proveedores de la red de nuestro plan. Esto se llama referido. El **Capítulo 3** de este *Manual para afiliados* tiene más información sobre cómo obtener un referido y cuándo **no** lo necesita.
- Cubrimos algunos servicios que aparecen en la Tabla de beneficios solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene primero nuestra aprobación. Esto se llama *autorización previa* (PA). En la Tabla de beneficios, marcamos con un asterisco (*) los servicios cubiertos que necesitan PA.

- Si su plan aprueba una solicitud de PA para un tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en el cuidado, según los criterios de cobertura, sus antecedentes médicos y las recomendaciones del proveedor que lo trata.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual *Medicare y Usted 2027* (Medicare & You 2027). Véalo en línea en www.Medicare.gov o pida una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Si Medicare agrega cobertura para algún servicio nuevo durante 2027, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios
- Si pierde su elegibilidad para Michigan Medicaid, pero se espera que la recupere dentro de seis meses, seguiremos brindándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por Humana Dual Integrated (HMO D-SNP). Cuando termine su cobertura de Michigan Medicaid, no pagaremos sus beneficios de Michigan Medicaid. Seguirá recibiendo sus beneficios de Medicare de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) sin costo, pero es posible que tenga que pagar las primas de Medicare Part A y/o Part B, las primas y los costos compartidos de medicamentos recetados de la Parte D, y todos los costos de cualquier servicio de Medicaid que reciba.

  Le ayudaremos a recuperar su elegibilidad para Michigan Medicaid. Si se restablece su elegibilidad para Michigan Medicaid mientras todavía está afiliado a nuestro plan para su cobertura de Medicare:

  - Reanudaremos el pago de sus beneficios de Michigan Medicaid.
  - Pagaremos cualquier servicio de Michigan Medicaid que haya recibido mientras esperaba que se reanudara su cobertura de Michigan Medicaid. No pagaremos ningún servicio basado en el hogar y la comunidad (HCBS) que haya recibido durante el tiempo en que su elegibilidad para Medicaid no estaba activa.
  - Su afiliación a nuestro plan continuará.

Si no puede recuperar Michigan Medicaid en un plazo de seis meses, cancelaremos su afiliación a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP). Si recupera la elegibilidad para Michigan Medicaid después de que se haya cancelado su afiliación, deberá comunicarse con nosotros para volver a afiliarse al plan.

Llame al Departamento de Servicios para afiliados para obtener más información.

Información importante sobre beneficios para afiliados con ciertas afecciones crónicas

Este plan ofrece Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI). Para ser elegible para los SSBCI, debe cumplir con **TODOS** los siguientes requisitos:

1. Tener un diagnóstico de una o más de las Afecciones crónicas elegibles que se indican a continuación.
2. Tener un alto riesgo de hospitalización o de otros resultados de salud adversos importantes.
3. Requerir una coordinación intensiva del cuidado.

Para ser elegible para los SSBCI, debe cumplir con una de las siguientes condiciones:

- Tener una reclamación médica en el sistema de Humana que incluya un diagnóstico de una o más de las Afecciones crónicas elegibles. La reclamación médica debe tener una fecha de servicio del 1/1/2022 o posterior.

  O

- Proporcionar información mediante un proceso de calificación aprobado por Humana que indique que se le ha diagnosticado al menos una de las Afecciones crónicas elegibles.

Una vez que haya cumplido con el primer requisito de elegibilidad para los SSBCI mediante uno de los métodos anteriores, revisaremos su expediente de afiliado y determinaremos si cumple con el segundo y el tercer requisito para ser elegible para recibir beneficios adicionales mediante Humana Healthy Options Allowance®.

Puede comunicarse con el Departamento de Servicios para afiliados para obtener más información y ayuda.

Afecciones crónicas elegibles para **Humana Healthy Options Allowance®:**

> Trastornos autoinmunitarios

> Cáncer

> Trastornos cardiovasculares

> Consumo crónico de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias

> Afecciones de salud mental crónicas y discapacitantes

> Enfermedad gastrointestinal crónica

> Insuficiencia cardíaca crónica

> Hiperlipidemia crónica

> Hipertensión crónica

> Enfermedad renal crónica

> Trastornos pulmonares crónicos

> Afecciones asociadas con deterioro cognitivo

> Afecciones con limitaciones funcionales

> Demencia

> Diabetes mellitus

> VIH/SIDA

> Trastornos neurológicos

> Postrasplante de órganos

> Trastornos hematológicos graves

> Accidente cerebrovascular

Para obtener más detalles, consulte la fila Ayuda con ciertas afecciones crónicas en la Tabla de beneficios médicos a continuación.

Comuníquese con nosotros para saber exactamente para qué beneficios podría ser elegible.

Descargo de responsabilidad de los SSBCI: Humana Healthy Options Allowance* es un beneficio suplementario especial para afiliados con afecciones crónicas específicas que requieren una coordinación intensiva del cuidado y que tienen un alto riesgo de hospitalización o de otros resultados de salud adversos. Las afecciones que califican pueden incluir diabetes mellitus, trastornos cardiovasculares, afecciones de salud mental crónicas y discapacitantes, trastornos pulmonares crónicos o insuficiencia cardíaca crónica, entre otras. Algunos planes requieren al menos dos afecciones. *Si usa este programa para pagar el alquiler o los servicios públicos, el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) exige que se declare como ingreso. Si tiene preguntas, comuníquese con su oficina local del HUD.

Información importante sobre beneficios para afiliados con ciertas afecciones crónicas

Si se le diagnostica una o más de las afecciones de salud que se indican a continuación, podría ser elegible para uno o más beneficios suplementarios de flexibilidad uniforme.

- Insuficiencia cardíaca (incluida la HFrEF y la no HFrEF con afecciones adicionales que califican)
- Enfermedad de las arterias coronarias (CAD)
- Hipertensión
- Enfermedad renal crónica (CKD)
- Afecciones respiratorias crónicas

Podría ser elegible para los siguientes beneficios de flexibilidad uniforme si cumple con los criterios correspondientes:

- Programa de recuperación cardíaca virtual: para afiliados con una hospitalización reciente relacionada con insuficiencia cardíaca

Esta manzana  indica los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.

D. Tabla de beneficios de nuestro plan

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Pagamos una sola prueba de detección por ultrasonido para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene un referido para ella de su médico, asistente médico (PA), enfermero practicante (NP) o especialista en enfermería clínica (CNS).	Copago de $0
Acupuntura Pagamos hasta 20 visitas por año calendario si tiene dolor crónico en la parte baja de la espalda, definido como: • que dura 12 semanas o más; • no específico (que no tiene una causa sistémica que se pueda identificar, por ejemplo, que no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa) • que no está asociado con una cirugía; • que no está asociado con un embarazo No puede recibir más de 20 tratamientos de acupuntura para el dolor crónico en la parte baja de la espalda cada año. Los tratamientos de acupuntura deben suspenderse si usted no mejora o si empeora. Requisitos para los proveedores: Los médicos pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA), los enfermeros practicantes (NP)/ especialistas en enfermería clínica (CNS) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • un título de maestría o de doctorado en acupuntura o en Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y, • una licencia vigente, plena, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos, o en el Distrito de Columbia. *Este beneficio continúa en la tabla siguiente.*	Copago de $0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Acupuntura (continuación) El personal auxiliar que proporciona acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS que exigen nuestras reglamentaciones. Su plan también permite que un proveedor con licencia para realizar acupuntura proporcione los servicios.	Copago de $0
Prueba de detección y asesoramiento por consumo indebido de alcohol Pagamos una prueba de detección de consumo indebido de alcohol para adultos que consumen alcohol de forma indebida, pero que no son dependientes del alcohol. Esto incluye a las mujeres embarazadas. Si el resultado de la prueba de detección de consumo indebido de alcohol es positivo, puede recibir hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento en persona cada año (si puede participar y está alerta durante el asesoramiento) con un proveedor de cuidado primario (PCP) o un profesional calificado en un entorno de cuidado primario.	Copago de $0
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea (avión y helicóptero). La ambulancia lo llevará al lugar más cercano que pueda brindarle cuidado. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otros medios de llegar a un lugar de cuidado pudieran poner en riesgo su vida o su salud. Los servicios de ambulancia para otros casos (que no sean de emergencia) deben ser aprobados por el plan. En los casos que no son emergencias, podemos pagar una ambulancia. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otros medios de llegar a un lugar de cuidado pudieran poner en riesgo su vida o su salud.	Copago de $0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Visita anual de bienestar Puede hacerse un chequeo anual. Su propósito es elaborar o actualizar un plan de prevención según sus factores de riesgo actuales. Pagamos esto una vez cada 12 meses. **Nota:** su primera visita anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a su visita **Bienvenido a Medicare**. Sin embargo, no es necesario que haya tenido una visita **Bienvenido a Medicare** para recibir visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	Copago de $0
Medición de la masa ósea Pagamos ciertos procedimientos para los afiliados que califican (por lo general, alguien en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, detectan la pérdida ósea o determinan la calidad del hueso. Pagamos los servicios una vez cada 24 meses, o con más frecuencia si es médicamente necesario. También pagamos para que un médico examine los resultados y haga comentarios sobre ellos.	Copago de $0
Prueba de detección de cáncer de seno (mamografías) Pagamos los siguientes servicios: • una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años de edad • una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años de edad o más • exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses	Copago de $0
Extractores de leche materna (cubiertos por Michigan Medicaid) • Extractor de leche eléctrico de grado hospitalario ◦ Solo alquiler *Este beneficio continúa en la tabla siguiente.*	Copago de $0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Extractores de leche materna (cubiertos por Michigan Medicaid) (continuación) ◦ Cubierto para una afiliada con un bebé en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (NICU), hasta los 3 meses de edad ◦ Cubierto cuando el bebé tiene un problema grave de alimentación, o el bebé o la madre están hospitalizados, lo que resulta en una separación física de la madre y el bebé ◦ Para continuar la cobertura después de los 3 meses iniciales, se debe proporcionar documentación adicional • Extractor de leche eléctrico doble de uso personal ◦ Solo compra ◦ Cubierto una vez cada 5 años cuando se cumplen los criterios • Extractor de leche manual ◦ Solo compra ◦ Una vez por parto cuando se cumplen los criterios ◦ Para las afiliadas que tuvieron un parto múltiple, solo se cubre 1 extractor	Copago de $0
Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) Pagamos servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicio, educación y asesoramiento. Los afiliados deben cumplir con ciertas condiciones y tener un referido de un médico. Cubrimos estos programas integrales si ha tenido al menos una de estas afecciones: • ataque cardíaco en los últimos 12 meses • cirugía de bypass de arteria coronaria • angina de pecho estable (dolor en el pecho) • reparación o reemplazo de válvula cardíaca *Este beneficio continúa en la tabla siguiente.*	Copago de $0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) (continuación) • angioplastia coronaria (un procedimiento médico que se usa para abrir una arteria bloqueada) o colocación de stent coronario (un procedimiento que se usa para mantener abierta una arteria) • trasplante de corazón o de corazón y pulmón • insuficiencia cardíaca crónica estable Limitaciones de la cobertura: Puede recibir hasta 36 sesiones de rehabilitación cardíaca. Puede tener dos sesiones por día (de una hora cada una), y el programa puede durar hasta 36 semanas. Si califica, es posible que pueda recibir 36 sesiones más, que se pueden distribuir en un período más largo.	Copago de $0
Visita para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (del corazón) (terapia para enfermedades del corazón) Pagamos una visita al año, o más si es médicamente necesario, con su proveedor de cuidado primario (PCP) para ayudarle a reducir su riesgo de enfermedades del corazón. Durante la visita, su médico puede: • hablar sobre el uso de aspirina, • tomarle la presión arterial **y/o** • darle consejos para asegurarse de que se esté alimentando bien.	Copago de $0
Pruebas de enfermedades cardiovasculares (del corazón) Pagamos análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también detectan defectos debidos a un alto riesgo de enfermedades del corazón.	Copago de $0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de enfermera partera certificada (CNM) (cubiertos por Michigan Medicaid) La cobertura incluye, entre otros: • Cuidado de maternidad (obstetricia), incluido el cuidado prenatal, el parto en el hospital y el cuidado posparto • Cuidado del recién nacido • Servicios de cuidado primario para las mujeres a lo largo de su vida, incluidos los exámenes físicos • Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud comunes • Servicios ginecológicos y de planificación familiar • Servicios de salud reproductiva • Servicios anticonceptivos • Tratamiento de las parejas masculinas por infecciones de transmisión sexual y de salud reproductiva • La prescripción de intervenciones y tratamientos farmacológicos y no farmacológicos que están dentro de la especialidad de la CNM	Copago de $0
Prueba de detección de cáncer de cuello uterino y de vagina Pagamos los siguientes servicios: • para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Para las mujeres que tienen un alto riesgo de cáncer de cuello uterino o de vagina: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses *Este beneficio continúa en la tabla siguiente.*	Copago de $0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Prueba de detección de cáncer de cuello uterino y de vagina (continuación) • Para las mujeres que han tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos tres años y que están en edad de tener hijos: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses **Pruebas de detección de cáncer de cuello uterino y de vagina (cubiertas por Michigan Medicaid)** Servicios para pacientes ambulatorios que se proporcionan de forma rutinaria como parte de una visita de planificación familiar, o como seguimiento de esta: • Pruebas de Papanicolaou (PAP) y tratamiento de afecciones precancerosas que comúnmente se originan a partir de una infección de transmisión sexual (STI).	Copago de $0
Servicios quiroprácticos Pagamos los siguientes servicios: • ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación **Servicios quiroprácticos (cubiertos por Michigan Medicaid)** Servicios quiroprácticos médicamente necesarios prestados por un quiropráctico para el tratamiento de una afección diagnosticada de subluxación de la columna vertebral. • Hasta 18 visitas quiroprácticas por año; • 1 serie de radiografías de la columna vertebral por año (la subluxación debe poder demostrarse en las radiografías).	Copago de $0 *Es posible que se requiera autorización previa
Prueba de detección de cáncer colorrectal Pagamos los siguientes servicios: *Este beneficio continúa en la tabla siguiente.*	Copago de $0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) • La colonoscopia no tiene límite de edad mínima ni máxima y se cubre una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no tienen un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. • La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal se cubre cuando han pasado al menos 59 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección, o cuando han pasado 47 meses después del mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. Para los pacientes con un alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede pagar una colonografía por tomografía computarizada de detección que se realice después de que hayan pasado al menos 23 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no tienen un alto riesgo después de que el paciente se haya hecho una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • Prueba de ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. *Este beneficio continúa en la tabla siguiente.*	Copago de $0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare dé un resultado positivo. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección o una colonoscopia de detección planificadas que impliquen la extracción de tejido u otro material, u otro procedimiento que se realice en relación con la prueba de detección, como resultado de ella y en el mismo encuentro clínico.	Copago de $0
Servicios de trabajadores de salud comunitarios (CHW) Los CHW son proveedores de salud pública sin licencia que facilitan el acceso de los afiliados a los servicios sociales y de salud que necesitan. Los servicios de los CHW se enfocan en prevenir enfermedades, discapacidades y otras afecciones crónicas o su progresión, y en promover la salud física y mental. Los servicios de los CHW deben ser recomendados por un proveedor con licencia. Las afecciones que pueden definir la elegibilidad de un afiliado para los servicios de los CHW incluyen las siguientes: • diagnóstico de una o más afecciones de salud crónicas, incluida la salud del comportamiento; • necesidades sociales relacionadas con la salud no satisfechas, sospechadas o documentadas; o • embarazo y posparto.	Copago de $0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Asesoramiento para dejar de fumar o de consumir tabaco Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: El plan pagará dos intentos de dejar de fumar con asesoramiento en un período de 12 meses como servicio preventivo. Este servicio es gratuito para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona. Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que puede verse afectado por el tabaco: El plan pagará dos intentos de dejar de fumar con asesoramiento dentro de un período de 12 meses. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona. **Asesoramiento para dejar de consumir tabaco (cubierto por Michigan Medicaid)** Asesoramiento/orientación individual para dejar de consumir tabaco junto con medicamentos para dejar de consumir tabaco o sin medicamentos. • 4 sesiones de asesoramiento por intento de dejar de fumar; • 2 intentos de dejar de fumar por período de 12 meses (8 por año); • Sin limitaciones para las mujeres embarazadas.	Copago de $0
Servicios dentales Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) pagará los siguientes servicios: Pagamos algunos servicios dentales cuando el servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica principal de una persona. Algunos ejemplos son la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones dentales que se realizan como preparación para el tratamiento de radiación de un cáncer que afecta la mandíbula, o los exámenes orales antes de un trasplante de órganos. *Este beneficio continúa en la tabla siguiente.*	Copago de $0 *Es posible que se requiera autorización previa **Beneficios dentales suplementarios obligatorios** Tiene cobertura del Beneficio dental suplementario obligatorio. Consulte la descripción del **Beneficio dental suplementario obligatorio** al final de esta tabla para obtener más detalles.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios dentales (continuación) **Servicios dentales (cubiertos por Michigan Medicaid)** • Profilaxis oral: 1 cada 6 meses ◦ Incluye raspado y desbridamiento de rutina, eliminación de manchas y pulido de la superficie de los dientes • Selladores: 1 cada 3 años ◦ Incluye la reparación y el reemplazo del sellador durante 3 años • Coronas ◦ Coronas de acero inoxidable: 1 cada 2 años ◦ Las coronas se cubren una vez cada cinco años en el mismo diente • Tratamientos de conducto: Sin límite • Repetición del tratamiento de conducto: 1 por diente de por vida • Apicectomía: Se cubre después de al menos un procedimiento de tratamiento de conducto y cuando la repetición del tratamiento no ha tenido éxito o no es posible • Desbridamiento de toda la boca: 1 cada 365 días ◦ No se puede hacer en la misma fecha de servicio que una evaluación periodontal integral o una profilaxis • Mantenimiento periodontal: 1 cada 6 meses • Dentaduras postizas completas y parciales: 1 cada 5 años • Rebases o duplicados de dentaduras postizas: Se cubren después de los 6 meses iniciales, una vez en un período de 2 años • Reparaciones y ajustes: Se cubren después de los 6 meses iniciales, dos veces en un período de 12 meses • Cirugía oral: Los procedimientos que afectan la mandíbula o los huesos faciales se consideran un beneficio médico • Extracciones: Sin límites • Anestesia: Cuando sea médicamente necesaria *Este beneficio continúa en la tabla siguiente.*	Copago de $0 *Es posible que se requiera autorización previa **Beneficios dentales suplementarios obligatorios** Tiene cobertura del Beneficio dental suplementario obligatorio. Consulte la descripción del **Beneficio dental suplementario obligatorio** al final de esta tabla para obtener más detalles.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios dentales (continuación) • Visitas profesionales: Una visita en un hospital o en un centro quirúrgico ambulatorio se cubre cuando es médicamente necesaria Además, cubrimos **beneficios dentales suplementarios obligatorios**, que incluyen servicios preventivos y de diagnóstico.	Copago de $0 *Es posible que se requiera autorización previa **Beneficios dentales suplementarios obligatorios** Tiene cobertura del Beneficio dental suplementario obligatorio. Consulte la descripción del **Beneficio dental suplementario obligatorio** al final de esta tabla para obtener más detalles.
Prueba de detección de depresión Pagamos una prueba de detección de depresión cada año. La prueba de detección debe hacerse en un entorno de cuidado primario que pueda brindar tratamiento de seguimiento y/o referidos.	Copago de $0
Servicios del programa de prevención de la diabetes Nuestro plan pagará 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 pagará los servicios del MDPP para las personas elegibles. El MDPP está diseñado para ayudarle a aumentar los comportamientos saludables. Ofrece capacitación práctica en: ◦ cambios en la alimentación a largo plazo, y ◦ aumento de la actividad física, y ◦ formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. *Este beneficio continúa en la tabla siguiente.*	Copago de $0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios del programa de prevención de la diabetes (continuación) **Servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Michigan (MiDPP) (cubiertos por Michigan Medicaid)** • Nuestro plan pagará 28 sesiones estructuradas de una hora para cambiar comportamientos de salud, proporcionadas por un instructor de estilo de vida (Lifestyle Coach) inscrito en Medicaid y asociado con un proveedor del MiDPP inscrito, para los afiliados que tienen sobrepeso u obesidad según el índice de masa corporal (BMI) y que tienen una de las siguientes condiciones: ◦ niveles elevados de glucosa en la sangre según los estándares de los CDC para los requisitos de nivel de glucosa en la sangre ◦ antecedentes de diabetes mellitus gestacional (GDM) ◦ un resultado de “alto riesgo” en la prueba de riesgo de prediabetes de los CDC Un afiliado que haya sido diagnosticado previamente con diabetes tipo 1 o tipo 2 o que esté embarazada actualmente no puede inscribirse en el MiDPP.	Copago de $0
Prueba de detección de diabetes Pagamos esta prueba de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: • presión arterial alta (hipertensión) • antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • obesidad • antecedentes de nivel alto de azúcar en la sangre (glucosa) Las pruebas pueden estar cubiertas en algunos otros casos, por ejemplo, si tiene sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Podría calificar para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses a partir de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	Copago de $0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Capacitación, servicios y suministros para el autocontrol de la diabetes Pagamos los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que usen insulina o no): • Suministros para controlar su nivel de glucosa en la sangre: monitor de glucosa en la sangre, tiras reactivas de glucosa en la sangre, dispositivos para lancetas y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. – Estas son las únicas marcas cubiertas (preferidas) de monitores de glucosa en la sangre y tiras reactivas: ACCU-CHEK® fabricados por Roche, o productos Trividia que a veces vienen empacados con el nombre de su farmacia. ◦ Humana cubre cualquier monitor de glucosa en la sangre y tiras reactivas que se especifiquen en la lista de marcas preferidas anterior. En general, los productos de marcas alternativas no preferidas no están cubiertos, a menos que su médico proporcione información adecuada de que el uso de una marca alternativa es médicamente necesario en su situación específica. Si es nuevo en Humana y usa una marca de monitor de glucosa en la sangre y tiras reactivas que no está en la lista de marcas preferidas, puede comunicarse con nosotros dentro de los primeros 90 días de su afiliación al plan para solicitar un suministro temporal de las marcas de productos alternativas no preferidas si estas son médicamente apropiadas para usted. Los productos de marcas no preferidas no estarán cubiertos después de los 90 días iniciales de cobertura sin una autorización previa aprobada para una excepción de cobertura • Para las personas con diabetes que tienen enfermedad grave del pie diabético, pagamos lo siguiente: *Este beneficio continúa en la tabla siguiente.*	Copago de $0 *Es posible que se requiera autorización previa

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Capacitación, servicios y suministros para el autocontrol de la diabetes (continuación) ◦ un par de zapatos terapéuticos moldeados a la medida (incluidas las plantillas), incluida la prueba y el ajuste, y dos pares adicionales de plantillas cada año calendario, **o** ◦ un par de zapatos de profundidad, incluida la prueba y el ajuste, y tres pares de plantillas cada año (sin incluir las plantillas removibles no personalizadas que vienen con esos zapatos) En algunos casos, pagamos capacitación para ayudarle a controlar su diabetes. Para obtener más información, comuníquese con el Departamento de Servicios para afiliados.	Copago de $0 *Es posible que se requiera autorización previa
Servicios de doula (cubiertos por Michigan Medicaid) El plan pagará diferentes tipos de servicios de doula, incluidas las doulas comunitarias, las doulas prenatales, las doulas de trabajo de parto y parto, y las doulas posparto. El plan pagará un total de 12 visitas durante los períodos prenatal y posparto, y una visita para acompañarla durante el trabajo de parto y el parto. Se pueden solicitar visitas adicionales. El apoyo de una doula durante el período perinatal puede incluir, entre otros: • servicios prenatales • servicios durante el trabajo de parto y el parto • servicios posparto **La recomendación de servicios de doula debe provenir de un proveedor de cuidado de salud con licencia.**	Copago de $0
Equipo médico duradero y suministros relacionados Consulte el **Capítulo 12** de este *Manual para afiliados* para ver una definición de “Equipo médico duradero (DME)”. Cubrimos los siguientes artículos: • sillas de ruedas • muletas *Este beneficio continúa en la tabla siguiente.*	Copago de $0 *Es posible que se requiera autorización previa

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Equipo médico duradero y suministros relacionados (continuación) • sistemas de colchones eléctricos • suministros para diabéticos • camas de hospital ordenadas por un proveedor para usar en el hogar • bombas de infusión intravenosa (IV) y soporte • dispositivos generadores de voz • equipo y suministros de oxígeno • nebulizadores • andadores • bastón estándar de mango curvo o bastón de cuatro puntas y suministros de reemplazo • tracción cervical (sobre la puerta) • estimulador óseo • equipo para el cuidado de diálisis Es posible que se cubran otros artículos Pagamos todo el DME médicamente necesario que Medicare y Medicaid suelen pagar. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o un fabricante en particular, puede preguntarle si puede hacer un pedido especial para usted.	Copago de $0 *Es posible que se requiera autorización previa
Cuidado de emergencia Cuidado de emergencia significa servicios que: • presta un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia, • se necesitan para evaluar o tratar una emergencia médica. Una emergencia médica es una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que empeora rápidamente. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que tuviera como resultado: *Este beneficio continúa en la tabla siguiente.*	Copago de $0 Si recibe cuidado de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidado como paciente internado después de que se estabilice su emergencia, debe trasladarse a un hospital de la red para que se siga pagando su cuidado. Puede quedarse en el hospital fuera de la red para recibir su cuidado como paciente internado solo si nuestro plan aprueba su estadía.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cuidado de emergencia (continuación) • un riesgo grave para su vida o la de su bebé no nacido; **o** • un daño grave a las funciones corporales; **o** • la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. • En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando: ◦ No hay suficiente tiempo para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del parto. ◦ El traslado a otro hospital puede representar una amenaza para su salud o seguridad o para la de su bebé por nacer. El costo compartido por los servicios de emergencia necesarios que se prestan fuera de la red es el mismo que el de esos servicios cuando se prestan dentro de la red. Tiene cobertura de cuidado de emergencia en todo el mundo. Si tiene una emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable de pagar por adelantado los servicios prestados. Debe presentar a Humana un comprobante de pago para obtener un reembolso. Es posible que no le reembolsemos todos los gastos de desembolso personal. Esto se debe a que nuestras tarifas contratadas pueden ser más bajas que las tarifas de los proveedores fuera de los EE. UU. y sus territorios. Usted es responsable de cualquier costo que supere nuestras tarifas contratadas, así como de cualquier costo compartido del afiliado que corresponda.	Copago de $0 Si recibe cuidado de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidado como paciente internado después de que se estabilice su emergencia, debe trasladarse a un hospital de la red para que se siga pagando su cuidado. Puede quedarse en el hospital fuera de la red para recibir su cuidado como paciente internado solo si nuestro plan aprueba su estadía.
Servicios de planificación familiar La ley le permite elegir cualquier proveedor, ya sea un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red, para ciertos servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia u oficina de planificación familiar. Pagamos los siguientes servicios: • examen y tratamiento médico de planificación familiar *Este beneficio continúa en la tabla siguiente.*	Copago de $0 *Se requiere autorización previa para las pruebas de infertilidad y las pruebas genéticas

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de planificación familiar (continuación) • análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico de planificación familiar • métodos de planificación familiar (IUC/IUD, implantes, inyecciones, píldoras anticonceptivas, parche o anillo) • suministros de planificación familiar con receta (condón, esponja, espuma, película, diafragma, capuchón) • asesoramiento y diagnóstico de infertilidad y servicios relacionados • asesoramiento, pruebas y tratamiento para infecciones de transmisión sexual (STI) • asesoramiento y pruebas para el VIH y el SIDA, y otras afecciones relacionadas con el VIH • anticoncepción permanente (Debe tener 21 años de edad o más para elegir este método de planificación familiar. Debe firmar un formulario federal de consentimiento para la esterilización al menos 30 días, pero no más de 180 días, antes de la fecha de la cirugía). • asesoramiento genético También pagamos algunos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, debe usar un proveedor de nuestra red de proveedores para los siguientes servicios: • tratamiento para afecciones médicas de infertilidad (Este servicio no incluye métodos artificiales para quedar embarazada). • tratamiento para el SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH • pruebas genéticas	Copago de $0 *Se requiere autorización previa para las pruebas de infertilidad y las pruebas genéticas
Servicios de afirmación de género (cubiertos por Michigan Medicaid) Tratamientos y procedimientos médicos, quirúrgicos y farmacológicos de afirmación/confirmación de género. Los servicios deben ser médicamente necesarios para el tratamiento de la disforia de género diagnosticada clínicamente.	Copago de $0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de cuidado prenatal en grupo El plan pagará los servicios de cuidado prenatal en grupo si tiene un embarazo de bajo riesgo que no requiere supervisión individual. Recibirá educación 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. Las sesiones en grupo están dirigidas por un proveedor de cuidado de salud capacitado e incluyen a otras personas en etapas similares del embarazo. El plan puede cubrir hasta un total de 12 sesiones en grupo en persona por embarazo, además de la visita profesional individual de maternidad requerida, si: • La sesión en grupo es adicional a la visita individual de evaluación física prenatal, pero no la reemplaza. • La sesión en grupo dura al menos 60 minutos. • El tiempo que se pasa en la sesión en grupo queda documentado. Una de las 12 sesiones en grupo puede estar relacionada con la visita profesional posparto. **Educación sobre el parto y la crianza de los hijos (cubierta por Michigan Medicaid)** Clases de educación sobre el parto y la crianza de los hijos que se imparten en un salón de clases en grupo. En circunstancias poco comunes (la beneficiaria comenzó el cuidado prenatal tarde o está confinada en su hogar debido a una afección médica), la educación se puede proporcionar en el hogar de la afiliada.	Copago de $0
Programas de educación sobre salud y bienestar Estos programas se enfocan en afecciones de 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 control del peso, acondicionamiento físico y manejo del estrés. Este plan ofrece materiales y herramientas de educación sobre la salud en línea e impresos, asesoramiento nutricional y programas de manejo de enfermedades.	Copago de $0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios para la audición Pagamos las pruebas de audición y equilibrio que le hace su proveedor. Estas pruebas le indican si necesita tratamiento médico. Se cubren como cuidado para pacientes ambulatorios cuando las recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. **Servicios para la audición (cubiertos por Michigan Medicaid)** • Los audífonos se cubren cuando el afiliado no ha recibido uno o más audífonos cubiertos por Medicaid en los últimos 5 años. Se incluyen una garantía del fabricante de 24 meses que cubre las piezas y la mano de obra, y una garantía de 12 meses que cubre la pérdida o el daño • Reparaciones y modificaciones de audífonos • Moldes auriculares de reemplazo: Una vez cada 12 meses; después del período de entrega de 90 días • Suministros y accesorios para audífonos • Reemplazo de baterías de audífonos: Hasta 36 baterías por audífono por fecha de servicio. Un máximo de 72 baterías por audífono por año • Dispositivos de ayuda auditiva (ALD): Se cubren cuando Medicaid no ha cubierto ningún audífono ni ALD entregado al afiliado en los últimos 3 años • Implantes cocleares: Se cubren para los afiliados con sordera prelingual o poslingual que cumplen con los criterios para el implante • Dispositivos auditivos anclados al hueso (BAHD): BAHD implantables o no implantables cuando no hay otro dispositivo adecuado Además, cubrimos los **Beneficios auditivos suplementarios obligatorios**, que incluyen un examen de audición de rutina y cobertura de audífonos.	Copago de $0 *Es posible que se requiera autorización previa **Beneficios auditivos suplementarios obligatorios** Tiene cobertura del Beneficio auditivo suplementario obligatorio. Consulte la descripción del **Beneficio auditivo suplementario obligatorio** al final de esta tabla para obtener más detalles.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Ayuda con ciertas afecciones crónicas *****Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas** **Humana Healthy Options Allowance™** Asignación mensual de **$240** que se carga automáticamente en una tarjeta de débito prepagada de uso limitado para usar en establecimientos minoristas participantes y comprar productos elegibles de estas categorías: Subsidio de productos de venta sin receta (OTC) • Medicamentos para el resfriado, la gripe y las alergias • Artículos para el cuidado dental y de los dientes • Productos para el estómago y la digestión • Primeros auxilios y suministros médicos • Suministros para el control de la vejiga • Audífonos que puede comprar sin receta • Medicamentos para aliviar el dolor • Artículos para el cuidado de la piel • Productos para ayudar a dormir • Productos para ayudarle a dejar de fumar • Vitaminas y suplementos dietéticos, y más Si ya tiene una Humana Spending Account Card de su plan actual, consérvela, ya que su asignación se cargará en esta tarjeta. Los afiliados nuevos recibirán una tarjeta por correo. Encienda, o active, su tarjeta tan pronto como la reciba. Use esta tarjeta para gastar su asignación. • Su asignación se agrega a la tarjeta el primer día de cada mes. • Si no usa todo su dinero, la cantidad sobrante pasa, o se transfiere, al mes siguiente. • Todo el dinero que quede en la tarjeta vencerá al final del año. También podría vencer antes si deja este plan. *Este beneficio continúa en la tabla siguiente.*	Copago de $0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Ayuda con ciertas afecciones crónicas (continuación) • Nuestro plan no es responsable si alguien usa su asignación sin permiso porque su tarjeta se perdió o se la robaron. • Es posible que se apliquen algunos límites y reglas. • Mantenga esta tarjeta en un lugar seguro, como lo haría con cualquier tarjeta de débito. • Conserve la tarjeta incluso después de gastar el dinero. Es posible que se agregue más dinero más adelante si permanece en el plan. Es posible que se apliquen limitaciones y restricciones. Puede usar la aplicación móvil gratuita MyHumana® para buscar tiendas o consultar su saldo. La aplicación está disponible en App Store® y Google Play®. También puede visitar MyHumana.com o consultar el reverso de su tarjeta de cuenta de gastos para obtener más información. Proporcione información mediante un proceso de calificación aprobado por Humana que indique que se le ha diagnosticado al menos una de las Afecciones crónicas elegibles. Afecciones crónicas que califican: • Trastornos autoinmunitarios • Cáncer • Trastornos cardiovasculares • Afecciones asociadas con deterioro cognitivo • Afecciones con limitaciones funcionales • Consumo crónico de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias • Afecciones de salud mental crónicas y discapacitantes • Enfermedad gastrointestinal crónica • Insuficiencia cardíaca crónica • Enfermedad renal crónica • Trastornos pulmonares crónicos *Este beneficio continúa en la tabla siguiente.*	Copago de $0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Ayuda con ciertas afecciones crónicas (continuación) • Demencia • Diabetes mellitus • VIH/SIDA • Hiperlipidemia crónica • Hipertensión crónica • Trastornos neurológicos • Postrasplante de órganos • Trastornos hematológicos graves • Accidente cerebrovascular **Una vez que califique**, puede comprar productos elegibles en establecimientos minoristas participantes con el mismo dinero y con la misma tarjeta, como: • Comestibles (productos agrícolas frescos, fruta, pan, carne, productos lácteos, etc.) • Artículos de cuidado personal (pasta de dientes, champú, jabón corporal, desodorante, etc.) • Artículos para el hogar (papel higiénico, toallas de papel, limpiador de baño, detergente para ropa, etc.) • Dispositivos de asistencia para el hogar (barras de apoyo, asientos de inodoro elevados, pinzas para alcanzar objetos, etc.) • Artículos para mascotas (alimento para mascotas, arena para mascotas, champú contra pulgas, etc.; excluye servicios de aseo, facturas veterinarias y recetas para mascotas) Esta asignación puede pagar servicios aprobados si el proveedor del servicio puede procesar el pago, como: • Gastos de vida mensuales (alquiler/hipoteca, servicios públicos, teléfono, internet, etc.) • Costos de transporte no médico (transporte público, taxi, Uber, Lyft, etc.) *Este beneficio continúa en la tabla siguiente.*	Copago de $0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Ayuda con ciertas afecciones crónicas (continuación) • Servicios personales de respuesta ante emergencias a través del proveedor aprobado del plan • Servicios de control de plagas • Servicios de cuidado de compañía a través del proveedor aprobado del plan • Servicios de equipos para la calidad del aire en interiores La participación de los comercios está sujeta a cambios y no garantiza la aceptación de la tarjeta de la cuenta de gastos. Es posible que algunas compañías de alquiler y de servicios públicos no acepten esta forma de pago. ***Esta asignación para gastos es un beneficio suplementario especial para afiliados con afecciones crónicas específicas que requieren una coordinación intensiva del cuidado y que tienen un alto riesgo de hospitalización o de otros resultados de salud adversos. Las afecciones que califican pueden incluir diabetes mellitus, trastornos cardiovasculares, afecciones de salud mental crónicas y discapacitantes, trastornos pulmonares crónicos o insuficiencia cardíaca crónica, entre otras. Algunos planes requieren al menos dos afecciones. Consulte el Manual para afiliados del plan para obtener más detalles. Si usa este programa para pagar el alquiler o los servicios públicos, el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) exige que se declare como ingreso. Si tiene preguntas, comuníquese con su oficina local del HUD.	Copago de $0
Prueba de detección del VIH Pagamos un examen de detección del VIH cada 12 meses para las personas que: • pidan una prueba de detección del VIH, **o** • tengan un mayor riesgo de infección por el VIH. Si está embarazada, pagamos hasta tres pruebas de detección del VIH durante un embarazo.	Copago de $0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cuidado de una agencia de cuidado de salud en el hogar Antes de que pueda obtener servicios de cuidado de salud en el hogar, un médico debe informarnos que usted los necesita, y una agencia de cuidado de salud en el hogar debe proporcionarlos. Usted debe estar confinado en su hogar, lo que significa que salir de su hogar le requiere un gran esfuerzo. Pagamos los siguientes servicios, y tal vez otros servicios que no se mencionan aquí: • servicios de enfermería especializada y de asistente de salud en el hogar a tiempo parcial o intermitentes (Para que estén cubiertos por el beneficio de cuidado de salud en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y de asistente de salud en el hogar combinados deben sumar menos de ocho horas por día y 35 horas por semana) • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • servicios médicos y sociales • equipos y suministros médicos	Copago de $0 *Es posible que se requiera autorización previa
Terapia de infusión en el hogar Nuestro plan paga la terapia de infusión en el hogar, que se define como medicamentos o sustancias biológicas que se administran en una vena o se aplican debajo de la piel y que se le proporcionan en su hogar. Para realizar la infusión en el hogar se necesita lo siguiente: • el medicamento o la sustancia biológica, como un antiviral o una inmunoglobulina; • equipo, como una bomba; **y** • suministros, como tubos o un catéter. Nuestro plan cubre servicios de infusión en el hogar que incluyen, entre otros, los siguientes: • servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con su plan de cuidado; • capacitación y educación para afiliados que no estén incluidas ya en el beneficio de DME; *Este beneficio continúa en la tabla siguiente.*	Copago de $0 *Es posible que se requiera autorización previa

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Terapia de infusión en el hogar (continuación) • monitoreo remoto; **y** • servicios de monitoreo para la prestación de la terapia de infusión en el hogar y de los medicamentos de infusión en el hogar suministrados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar.	Copago de $0 *Es posible que se requiera autorización previa
Cuidado de hospicio Usted tiene derecho a elegir el cuidado de hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que usted tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal y se espera que le queden seis meses de vida o menos. Puede obtener cuidado de cualquier programa de cuidado de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan debe ayudarle a encontrar programas de cuidado de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos los programas que son de nuestra propiedad, que controlamos o en los que tenemos un interés financiero. Su médico de cuidado de hospicio puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • medicamentos para tratar los síntomas y el dolor • cuidado de relevo a corto plazo • cuidado en el hogar Cuando se le admite en un hospicio, usted tiene derecho a permanecer en nuestro plan. *Este beneficio continúa en la tabla siguiente.*	Copago de $0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cuidado de hospicio (continuación) **Los servicios de cuidado de hospicio y los servicios cubiertos por Medicare Part A o Medicare Part B relacionados con su pronóstico terminal se facturan a Medicare.** • Medicare Original (en lugar de nuestro plan) le pagará a su proveedor de cuidado de hospicio por sus servicios de cuidado de hospicio y por cualquier servicio de la Parte A o B relacionado con su enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de cuidado de hospicio, su proveedor de cuidado de hospicio le facturará a Medicare Original los servicios que paga Medicare Original. **Para los servicios cubiertos por nuestro plan pero no cubiertos por Medicare Part A o Medicare Part B:** • Nuestro plan cubre los servicios que no están cubiertos por Medicare Part A ni por Medicare Part B. Cubrimos los servicios estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted no paga nada por estos servicios. **Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de Medicare Part D de nuestro plan:** • Los medicamentos nunca están cubiertos por el cuidado de hospicio y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para afiliados*. **Nota:** Si necesita cuidado que no sea de hospicio, llame a su coordinador de cuidado y/o al Departamento de Servicios para afiliados para coordinar los servicios. El cuidado que no es de hospicio es el cuidado que **no** está relacionado con su pronóstico terminal.	Copago de $0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Asistencia para la vivienda (cubierta por Michigan Medicaid) Obtenga ayuda a corto plazo para que pueda permanecer en su hogar durante una emergencia. Este beneficio le da hasta $500 por año para ayudarle a pagar el alquiler atrasado de un apartamento, el alquiler atrasado de un lote en un parque de casas rodantes o los pagos atrasados de la hipoteca. Este beneficio es para afiliados de 21 años o más que podrían perder su hogar. Hable con su administrador de cuidado o con el Departamento de Servicios para afiliados de Humana para obtener más información.	Se requiere la aprobación del plan. • Se debe proporcionar un aviso de cargo por pago atrasado como prueba
Programa de comidas Humana Well Dine® Después de su estadía como paciente internado en un hospital o en un centro de enfermería, usted es elegible para recibir 2 comidas por día durante 7 días sin costo adicional para usted. Se le entregarán 14 comidas nutritivas en su hogar. El programa de comidas está limitado a 4 veces por año calendario. Las comidas se deben pedir dentro de los 30 días posteriores al alta de la estadía como paciente internado. Este es un beneficio suplementario. Para obtener más información, llame al número del Departamento de Servicios para afiliados que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de afiliado de Humana.	Copago de $0
Vacunas Pagamos los siguientes servicios: • vacuna contra la neumonía • vacunas contra la gripe/influenza, una vez en cada temporada de gripe/influenza, en otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe/influenza si son médicamente necesarias *Este beneficio continúa en la tabla siguiente.*	Copago de $0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Vacunas (continuación) • vacuna contra la hepatitis B si nunca recibió una serie completa, no conoce sus antecedentes de vacunación o tiene cualquier otra afección que lo ponga en riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • vacuna contra el COVID-19 • otras vacunas si usted está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de Medicare Part B Pagamos otras vacunas que cumplen con las reglas de cobertura de Medicare Part D. Lea el **Capítulo 6** de este *Manual para afiliados* para obtener más información. **Vacunas e inmunizaciones (cubiertas por Michigan Medicaid):** Las vacunas e inmunizaciones están cubiertas cuando se administran de acuerdo con las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Esto incluye las recomendaciones del ACIP basadas en el riesgo debido a una afección de salud, la ocupación y los viajes. Las vacunas e inmunizaciones pueden ser administradas por proveedores y/o farmacéuticos.	Copago de $0
Cuidado hospitalario para pacientes internados Incluye cuidados agudos para pacientes internados, rehabilitación para pacientes internados, hospitales de cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. El cuidado hospitalario para pacientes internados comienza el día en que se le admite formalmente en el hospital con una orden del médico. El día antes de que se le dé de alta es su último día como paciente internado. Pagamos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no se mencionan aquí: • habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesaria) • comidas, incluidas dietas especiales *Este beneficio continúa en la tabla siguiente.*	Copago de $0 Debe obtener la aprobación del plan para seguir recibiendo cuidado como paciente internado en un hospital fuera de la red después de que su emergencia se haya estabilizado. *Se requiere autorización previa

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cuidado hospitalario para pacientes internados (continuación) • servicios de enfermería regulares • costos de unidades de cuidados especiales, como unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios • fármacos y medicamentos • pruebas de laboratorio • radiografías y otros servicios de radiología • suministros quirúrgicos y médicos necesarios • aparatos, como sillas de ruedas • servicios de quirófano y sala de recuperación • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • servicios de farmacodependencia para pacientes internados • En algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, de riñón, de riñón/páncreas, de corazón, de hígado, de pulmón, de corazón/pulmón, de médula ósea, de células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, entonces usted puede obtener sus servicios de trasplante localmente o fuera del patrón de cuidado de su comunidad. Si nuestro plan proporciona servicios de trasplante fuera del patrón de cuidado de su comunidad y usted elige obtener su trasplante allí, coordinamos o pagamos los costos de alojamiento y viaje para usted y otra persona. *Este beneficio continúa en la tabla siguiente.*	Copago de $0 Debe obtener la aprobación del plan para seguir recibiendo cuidado como paciente internado en un hospital fuera de la red después de que su emergencia se haya estabilizado. *Se requiere autorización previa

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cuidado hospitalario para pacientes internados (continuación) • sangre, incluido su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza solo a partir de la cuarta pinta de sangre que necesite. Usted debe pagar los costos de las primeras tres pintas de sangre que reciba en un año calendario o bien conseguir que usted u otra persona done la sangre. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta. • servicios de médicos **Nota:** Para ser paciente internado, su proveedor debe escribir una orden para admitirlo formalmente como paciente internado del hospital. Aunque pase la noche en el hospital, es posible que se le siga considerando "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es paciente internado o paciente ambulatorio, pregúntele al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare *Medicare Hospital Benefits* (Beneficios hospitalarios de Medicare). Esta hoja informativa está disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	Copago de $0 Debe obtener la aprobación del plan para seguir recibiendo cuidado como paciente internado en un hospital fuera de la red después de que su emergencia se haya estabilizado. *Se requiere autorización previa
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico Los Servicios Especializados de Salud del Comportamiento de Medicaid (Medicaid Specialty Behavioral Health Services) son proporcionados por los Planes de Salud Prepagados para Pacientes Internados (PIHP) regionales o por los Proveedores de Servicios Comunitarios de Salud Mental (CMHSP). Esto incluye los servicios para pacientes internados en hospitales psiquiátricos. Pagaremos hasta 190 días de por vida de su admisión en un hospital psiquiátrico para pacientes internados. Una vez que haya usado los 190 días de por vida, se cancelará su afiliación al programa y sus servicios estarán cubiertos directamente por Medicaid.	Copago de $0 *Se requiere autorización previa

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios y suministros para enfermedades renales Pagamos los siguientes servicios: • Servicios de educación sobre enfermedades renales para enseñarle a cuidar sus riñones y ayudarle a tomar buenas decisiones sobre su cuidado. Usted debe tener enfermedad renal crónica en etapa IV, y su médico debe darle un referido. Cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis cuando esté temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el **Capítulo 3** de este *Manual para afiliados*, o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o no esté accesible temporalmente. • Tratamientos de diálisis para pacientes internados si se le admite como paciente internado en un hospital para recibir cuidados especiales • Capacitación para la autodiálisis, incluida la capacitación para usted y para cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar • Equipos y suministros para la diálisis en el hogar • Ciertos servicios de apoyo en el hogar, como las visitas necesarias de trabajadores capacitados en diálisis para revisar su diálisis en el hogar, ayudar en emergencias y revisar su equipo de diálisis y su suministro de agua. Medicare Part B paga algunos medicamentos para la diálisis. Para obtener información, consulte “Medicamentos de Medicare Part B” en esta tabla.	Copago de $0 *Es posible que se requiera autorización previa
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Nuestro plan paga una prueba de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted: *Este beneficio continúa en la tabla siguiente.*	Copago de $0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) (continuación) • Tiene entre 50 y 77 años, **y** • tiene una visita de asesoramiento y de toma de decisiones compartida con su médico u otro proveedor calificado, **y** • ha fumado al menos un paquete al día durante 20 años sin signos ni síntomas de cáncer de pulmón, o fuma actualmente o dejó de fumar en los últimos 15 años Después de la primera prueba de detección, nuestro plan paga otra prueba de detección cada año con una orden por escrito de su médico u otro proveedor calificado. Si un proveedor elige ofrecer una visita de asesoramiento y de toma de decisiones compartida para las pruebas de detección de cáncer de pulmón, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas.	Copago de $0
Servicios de hospital de cuidados agudos a largo plazo (LTACH) (cubiertos por Michigan Medicaid) Los servicios de hospital de cuidados agudos a largo plazo (LTACH) generalmente incluyen servicios como (entre otros) terapia respiratoria, tratamiento de traumatismos craneales y manejo del dolor. El afiliado debe cumplir con los requisitos de nivel de cuidado.	Copago de $0
Servicios del Programa de Salud Materno-Infantil (MIHP) (cubiertos por Michigan Medicaid) Los servicios del MIHP están disponibles hasta 12 meses después del parto. • Evaluaciones psicosociales y nutricionales • Elaboración del plan de cuidado • Servicios de intervención profesional • Educación sobre la salud y la nutrición materna e infantil • Coordinación del transporte, según sea necesario, para citas de cuidado de salud, tratamiento de la farmacodependencia, servicios de apoyo y/o citas relacionadas con el embarazo *Este beneficio continúa en la tabla siguiente.*	Copago de $0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios del Programa de Salud Materno-Infantil (MIHP) (cubiertos por Michigan Medicaid) (continuación) • Referido a servicios comunitarios (por ejemplo, salud mental, farmacodependencia) • Coordinación con otros proveedores de cuidado médico • Educación y referidos sobre planificación familiar • Coordinación o prestación de clases de educación sobre el parto o la crianza de los hijos • Servicios de apoyo para la lactancia	Copago de $0
Comidas: reembolso/asignación por viajes de un día (Medicaid) Estadías nocturnas médicamente necesarias que incluyen comidas y alojamiento. • Se cubren hasta 14 noches consecutivas (las estadías médicamente necesarias que superen los límites requieren aprobación previa) • 1 acompañante médicamente necesario • Las comidas deben cumplir con una de las siguientes condiciones: ◦ Para el desayuno: El vehículo debe salir antes de las 6:00 AM y debe regresar después de las 8:30 AM. ◦ Para el almuerzo: El vehículo debe salir antes de las 11:30 AM y debe regresar después de las 2:00 PM. ◦ Para la cena: El vehículo debe salir antes de las 5:30 PM y debe regresar después de las 8:00 PM. • El reembolso de comidas requiere recibos detallados y sin alterar, que deben incluir el nombre del negocio, la dirección, la fecha, la hora y una lista detallada de los artículos comprados con el costo de cada artículo. • Las comidas deben comprarse y consumirse el día del viaje y dentro del horario del viaje	Copago de $0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Terapia de nutrición médica Este beneficio es para personas con diabetes o con enfermedad renal que no están en diálisis. También es para después de un trasplante de riñón cuando lo refiere su médico. Pagamos tres horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año en que recibe servicios de terapia de nutrición médica bajo Medicare. Podemos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios. Después de eso, pagamos dos horas de servicios de asesoramiento individual cada año. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda obtener más horas de tratamiento con un referido del médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar el referido cada año si su tratamiento es necesario en el siguiente año calendario. Podemos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios.	Copago de $0
Medicamentos de Medicare Part B Estos medicamentos están cubiertos por Medicare Part B. Nuestro plan paga los siguientes medicamentos: • medicamentos que usted no suele administrarse a sí mismo y que se inyectan o se administran por infusión mientras recibe servicios de un médico, servicios para pacientes ambulatorios de un hospital o servicios de un centro de cirugía ambulatoria • insulina suministrada mediante un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • otros medicamentos que usted toma usando equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizados por nuestro plan • el medicamento para el Alzheimer Leqembi (genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa (IV). Además de los costos del medicamento, es posible que necesite exploraciones y pruebas adicionales antes y/o durante el tratamiento. Hable con su médico sobre las exploraciones y pruebas que podría necesitar como parte de su tratamiento *Este beneficio continúa en la tabla siguiente.*	Copago de $0 *Es posible que se requiera autorización previa

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Medicamentos de Medicare Part B (continuación) • factores de coagulación que usted mismo se administra mediante inyección si tiene hemofilia • medicamentos para trasplantes/inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó su trasplante de órgano. Usted debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto, y debe tener la Parte B en el momento en que reciba los medicamentos inmunosupresores. Medicare Part D cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre • medicamentos inyectables para la osteoporosis. Pagamos estos medicamentos si usted está confinado en su hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifica que estuvo relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede inyectarse el medicamento usted mismo • algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente capacitada (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada • ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que se toman por la boca si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, al ingerirse, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable). A medida que haya nuevos medicamentos orales contra el cáncer disponibles, es posible que la Parte B los cubra. Si la Parte B no los cubre, la Parte D los cubre • medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usted usa como parte de un régimen de quimioterapia contra el cáncer si se administran antes de la quimioterapia, en el momento de la quimioterapia o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia, o si se usan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas *Este beneficio continúa en la tabla siguiente.*	Copago de $0 *Es posible que se requiera autorización previa

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Medicamentos de Medicare Part B (continuación) • ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) cubiertos por Medicare Part B • medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfato bajo el sistema de pago de la ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar • ciertos medicamentos para la diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea médicamente necesario) y los anestésicos tópicos • agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si usted tiene ESRD o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras afecciones (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® o Methoxy polyethylene glycol-epotin beta) • inmunoglobulina IV para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria • nutrición parenteral y enteral (alimentación IV y por sonda) El siguiente enlace le llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada: es-www.humana.com/PAL También cubrimos algunas vacunas conforme a nuestro beneficio de Medicare Part B y la mayoría de las vacunas para adultos conforme a nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. El **Capítulo 5** de este *Manual para afiliados* explica nuestro beneficio de medicamentos. Explica las reglas que debe seguir para que sus recetas estén cubiertas. El **Capítulo 6** de este *Manual para afiliados* explica lo que usted paga por sus medicamentos a través de nuestro plan.	Copago de $0 *Es posible que se requiera autorización previa
Transporte médico que no es de emergencia (NEMT) Transporte ilimitado para que viaje hacia o desde sus citas médicas y la farmacia, si es un servicio cubierto por su Michigan Medicaid. Los tipos de transporte que no es de emergencia incluyen: *Este beneficio continúa en la tabla siguiente.*	Copago de $0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Transporte médico que no es de emergencia (NEMT) (continuación) • Camioneta equipada para sillas de ruedas • Automóvil de servicio • Taxi • Servicios de viajes compartidos • Autobús/metro **Beneficio de transporte adicional** Usted recibe 15 viajes de ida y vuelta o 30 viajes de ida cada año para transporte que no es médico, a través de su Michigan Medicaid. Cada viaje puede ser de hasta 30 millas. Algunos de los lugares a los que puede ir con el transporte que no es médico incluyen: • Clases de bienestar • Parques • Centros recreativos • Iglesia	Copago de $0
Línea de consejos de enfermería (HumanaFirst®) Si tiene preguntas sobre los síntomas que tiene, pero no está seguro de si necesita acudir a su médico, Humana puede ayudarle. Llame a HumanaFirst, nuestra línea de consejos para afiliados, las 24 horas del día, los siete días de la semana, al 866-220-4102 (TTY: 711). La llamada es gratuita. La atienden enfermeros que pueden ayudarle con sus inquietudes de salud inmediatas y responder preguntas sobre afecciones médicas específicas.	Copago de $0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cuidado en un centro de enfermería Un centro de enfermería (NF) es un lugar que brinda cuidado a las personas que no pueden recibir cuidado en el hogar, pero que no necesitan estar en un hospital. Los servicios que pagamos incluyen, entre otros, los siguientes: • habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesaria) • comidas, incluidas dietas especiales • servicios de enfermería • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • terapia respiratoria • medicamentos que se le administran como parte de su plan de cuidado. (Esto incluye sustancias que están presentes de forma natural en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre). • sangre, incluido su almacenamiento y administración • suministros médicos y quirúrgicos que suelen proporcionar los centros de enfermería • pruebas de laboratorio que suelen realizar los centros de enfermería • radiografías y otros servicios de radiología que suelen proporcionar los centros de enfermería • uso de aparatos, como sillas de ruedas, que suelen proporcionar los centros de enfermería • servicios de médicos/profesionales de la salud • equipo médico duradero • servicios dentales, incluidas las dentaduras postizas • beneficios de la vista • exámenes de audición • cuidado quiropráctico • servicios de podiatría *Este beneficio continúa en la tabla siguiente.*	Copago de $0 *Es posible que se requiera autorización previa Cuando sus ingresos superan un monto permitido, usted debe contribuir al costo de su cuidado en el centro de enfermería. El monto permitido se basa en la situación de cada persona y se determina cuando la persona solicita asistencia para pagar un centro de enfermería. Esta contribución, conocida como Monto de pago del paciente (Patient Pay Amount, PPA), es obligatoria si usted vive en un centro de enfermería. Sin embargo, es posible que al final no tenga que pagar cada mes. La responsabilidad de pago del paciente no se aplica a los días cubiertos por Medicare en un centro de enfermería.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cuidado en un centro de enfermería (continuación) Por lo general, usted recibe su cuidado de centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir su cuidado de un centro que no está en nuestra red. Puede recibir cuidado en los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan: • un centro de enfermería o una comunidad de retiro con cuidado continuo donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre que brinde cuidado de centro de enfermería) • un centro de enfermería donde vive su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que usted sale del hospital. • el hogar para personas de la tercera edad donde vivía cuando se afilió a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) Este servicio está destinado a ser cuidado de custodia a largo plazo y no se superpone con el cuidado en un centro de enfermería especializada. Debe cumplir con los estándares de nivel de cuidado para centros de enfermería (Nursing Facility Level of Care) de Michigan Medicaid para recibir este servicio. **Monitoreo de salud mental en centros de enfermería (cubierto por Michigan 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 brindar administración de casos continua ni al monitoreo de servicios no relacionados con las necesidades de salud mental del afiliado. **Servicios de centro de enfermería - Instituciones para enfermedades mentales (cubiertos por Michigan Medicaid)** Cubiertos para afiliados de 65 años o más. • Alojamiento y comidas, incluida una habitación privada, si es médicamente necesario, y servicios de dieta especial *Este beneficio continúa en la tabla siguiente.*	Copago de $0 *Es posible que se requiera autorización previa Cuando sus ingresos superan un monto permitido, usted debe contribuir al costo de su cuidado en el centro de enfermería. El monto permitido se basa en la situación de cada persona y se determina cuando la persona solicita asistencia para pagar un centro de enfermería. Esta contribución, conocida como Monto de pago del paciente (Patient Pay Amount, PPA), es obligatoria si usted vive en un centro de enfermería. Sin embargo, es posible que al final no tenga que pagar cada mes. La responsabilidad de pago del paciente no se aplica a los días cubiertos por Medicare en un centro de enfermería.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cuidado en un centro de enfermería (continuación) • Cuidado de enfermería, otros servicios médicos relacionados con el cuidado de enfermería y el uso de equipos que son propiedad del centro y que se brindan normalmente en el cuidado y tratamiento del paciente • Servicios de enfermería especializados para pacientes a quienes se les ha determinado una enfermedad mental y que tienen otras dolencias que requieren cuidado 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 requiera autorización previa Cuando sus ingresos superan un monto permitido, usted debe contribuir al costo de su cuidado en el centro de enfermería. El monto permitido se basa en la situación de cada persona y se determina cuando la persona solicita asistencia para pagar un centro de enfermería. Esta contribución, conocida como Monto de pago del paciente (Patient Pay Amount, PPA), es obligatoria si usted vive en un centro de enfermería. Sin embargo, es posible que al final no tenga que pagar cada mes. La responsabilidad de pago del paciente no se aplica a los días cubiertos por Medicare en un centro de enfermería.
Prueba de detección de obesidad y terapia para mantener un peso bajo Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, pagamos asesoramiento para ayudarle a bajar de peso. Debe recibir el asesoramiento en un entorno de cuidado primario. De esa manera, se puede manejar junto con su plan de prevención completo. Hable con su proveedor de cuidado primario para obtener más información. **Reducción de peso (cubierta por Michigan Medicaid)** La cirugía para bajar de peso estará cubierta para el tratamiento de la obesidad en afiliados con un índice de masa corporal (IMC) mayor que 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: • Consultas en el consultorio del médico *Este beneficio continúa en la tabla siguiente.*	Copago de $0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Prueba de detección de obesidad y terapia para mantener un peso bajo (continuación) • Farmacoterapia • Laboratorio • Salud del comportamiento • Intervenciones quirúrgicas ◦ Bypass gástrico, banda gástrica, gastrectomía en manga, extracción, revisión y/o reemplazo de dispositivos gástricos restrictivos ajustables y de los componentes del puerto subcutáneo, y procedimientos repetidos	Copago de $0
Servicios del programa de tratamiento de opioides (OTP) Nuestro plan paga los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opioides (OUD) a través de un OTP, que incluye los siguientes servicios: • actividades de admisión • evaluaciones periódicas • medicamentos aprobados por la FDA y, si corresponde, el manejo y la administración de estos medicamentos • asesoramiento sobre el consumo de sustancias • terapia individual y de grupo • pruebas para detectar drogas o sustancias químicas en su cuerpo (pruebas toxicológicas)	Copago de $0
Pruebas de diagnóstico y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios Pagamos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no se mencionan aquí: • Radiografías • radioterapia (con radio e isótopos), incluidos los materiales y suministros del técnico • suministros quirúrgicos, como vendajes *Este beneficio continúa en la tabla siguiente.*	Copago de $0 *Es posible que se requiera autorización previa

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Pruebas de diagnóstico y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios (continuación) • férulas, yesos y otros dispositivos usados para fracturas y dislocaciones • pruebas de laboratorio • sangre, incluido su almacenamiento y administración • suministros quirúrgicos, como vendajes • férulas, yesos y otros dispositivos usados para fracturas y dislocaciones • pruebas de diagnóstico que no son de laboratorio, como tomografías computarizadas (CT), resonancias magnéticas (MRI), electrocardiogramas (EKG) y tomografías por emisión de positrones (PET), cuando su médico u otro proveedor de cuidado de salud las ordena para tratar una afección médica • otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios	Copago de $0 *Es posible que se requiera autorización previa
Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios Pagamos los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios a fin de determinar si es necesario admitirlo como paciente internado o si se le puede dar de alta. Los servicios deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se proporcionan por orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley estatal y por los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios. **Nota:** A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es paciente ambulatorio. Aunque pase la noche en el hospital, es posible que se le siga considerando paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es paciente ambulatorio, pregúntele al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare *Medicare Hospital Benefits* (Beneficios hospitalarios de Medicare). Esta hoja informativa está disponible en **Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf**	Copago de $0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Pagamos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión, como: • Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como cirugía para pacientes ambulatorios o servicios de observación • Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico facturados por el hospital • Cuidado de salud mental, incluido el cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sin este se necesitaría tratamiento como paciente internado • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos, como férulas y yesos • Algunos medicamentos y productos biológicos que usted no puede administrarse a sí mismo	Copago de $0 *Es posible que se requiera autorización previa
Cuidado de salud mental para pacientes ambulatorios Pagamos los servicios de salud mental proporcionados por: • un psiquiatra o un médico con licencia del estado • un psicólogo clínico • un trabajador social clínico (CSW) • un enfermero clínico especialista (CNS) • un consejero profesional con licencia (LPC) • un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) • un enfermero practicante (NP) • un asistente médico (PA) • cualquier otro profesional de cuidado de salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales aplicables *Este beneficio continúa en la tabla siguiente.*	Copago de $0 *Es posible que se requiera autorización previa

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cuidado de salud mental para pacientes ambulatorios (continuación) Los Servicios Especializados de Salud del Comportamiento de Medicaid (Medicaid Specialty Behavioral Health Services) son proporcionados por los Planes de Salud Prepagados para Pacientes Internados (PIHP) regionales o por los Proveedores de Servicios Comunitarios de Salud Mental (CMHSP). Esto incluye el cuidado de salud mental para pacientes ambulatorios. El plan pagará los siguientes servicios, y tal vez otros servicios que no se mencionan aquí si son beneficios de Medicare o de Medicaid, pero no los cubre el PIHP: • servicios de clínica • tratamiento diurno • servicios de rehabilitación psicosocial	Copago de $0 *Es posible que se requiera autorización previa
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Pagamos la fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del habla. Puede obtener servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios en los departamentos para pacientes ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes, centros integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) y otros centros.	Copago de $0 *Es posible que se requiera autorización previa
Servicios para el trastorno por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios Pagaremos los servicios para pacientes ambulatorios por trastorno por consumo de sustancias cubiertos por Medicare Part B. Para los apoyos y servicios adicionales que se necesiten más allá de lo que cubre Medicare Part B, evaluaremos sus necesidades y lo referiremos a su Plan de salud prepagado para pacientes internados (PIHP) o Proveedor de servicios comunitarios de salud mental (CMHSP) local para recibir cuidado y tratamiento. Esto incluye los servicios para pacientes ambulatorios por trastorno por consumo de sustancias.	Copago de $0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cirugía para pacientes ambulatorios Pagamos la cirugía y los servicios para pacientes ambulatorios en centros para pacientes ambulatorios de hospitales y en centros de cirugía ambulatoria. **Nota:** Si le van a hacer una cirugía en un hospital, debe consultar con su proveedor si será paciente internado o paciente ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es paciente ambulatorio. Aunque pase la noche en el hospital, es posible que se le siga considerando paciente ambulatorio.	Copago de $0 *Es posible que se requiera autorización previa
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios La **hospitalización parcial** es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio para pacientes ambulatorios en un hospital o en un centro comunitario de salud mental, y es más intenso que el cuidado que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia. 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) que se brinda como un servicio para pacientes ambulatorios en un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud con calificación federal o una clínica de salud rural, y que es más intenso que el cuidado que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, LMFT o consejero profesional con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial. Pagaremos la hospitalización parcial y los servicios intensivos para pacientes ambulatorios según los cubre Medicare. Medicaid cubrirá directamente los apoyos y servicios adicionales que se necesiten más allá de lo que cubre Medicare.	Copago de $0 *Es posible que se requiera autorización previa

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de cuidado personal El plan pagará la asistencia práctica para ayudarle a permanecer en su hogar el mayor tiempo posible. Los servicios incluyen asistencia con las actividades de la vida diaria (ADL), que son tareas como bañarse, comer, vestirse e ir al baño. Este servicio puede incluir las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL), pero solo cuando también hay una necesidad de una ADL. Las IADL incluyen cosas como hacer las compras, lavar la ropa, preparar comidas, recordatorios de medicamentos y llevarlo a sus citas.	Copago de $0
Servicios de médicos/proveedores, incluidas las consultas en el consultorio del médico Pagamos los siguientes servicios: • servicios de cuidado de salud o de cirugía médicamente necesarios que se brindan en lugares como: ◦ el consultorio del médico ◦ un centro quirúrgico ambulatorio certificado ◦ el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital ◦ cualquier otro lugar • 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 ordena para determinar si usted necesita tratamiento • servicios de telesalud, incluidas la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un médico o profesional médico, para afiliados en ciertas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. • servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) para afiliados que reciben diálisis en el hogar, en un centro de diálisis renal de un hospital o de un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar del afiliado *Este beneficio continúa en la tabla siguiente.*	Copago de $0 *Es posible que se requiera autorización previa

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de médicos/proveedores, incluidas las consultas en el consultorio del médico (continuación) • servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular • servicios de telesalud para afiliados con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación. • servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental: ◦ Tiene una consulta en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera consulta de telesalud ◦ Tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud ◦ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias • servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rurales y centros de salud con calificación federal • consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico durante cinco a diez minutos **si**: ◦ usted no es un paciente nuevo **y** ◦ la consulta no está relacionada con una consulta en el consultorio en los últimos siete días **y** ◦ la consulta no da lugar a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas siguientes o en la primera cita disponible • Evaluación de videos y/o imágenes que usted envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas **si:** ◦ usted no es un paciente nuevo **y** ◦ la evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio en los últimos siete días **y** *Este beneficio continúa en la tabla siguiente.*	Copago de $0 *Es posible que se requiera autorización previa

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de médicos/proveedores, incluidas las consultas en el consultorio del médico (continuación) ◦ la evaluación no da lugar a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas siguientes o en la primera cita disponible • consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o expediente médico electrónico si usted no es un paciente nuevo • segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía	Copago de $0 *Es posible que se requiera autorización previa
Servicios de podiatría Pagamos 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 de rutina de los pies para afiliados con afecciones que afectan las piernas, como la diabetes **Servicios de podiatría (cubiertos por Michigan Medicaid)** • Cuidado de rutina de los pies cuando sea médicamente necesario • Desbridamiento de uñas micóticas una vez en un período de 60 días cuando se brinda durante o después de cualquier curso adecuado de tratamiento médico para la infección por hongos que lo causa	Copago de $0 *Es posible que se requiera autorización previa
Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH Si usted no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de cuidado de salud determina que tiene un mayor riesgo de contraer el VIH, cubrimos el medicamento de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. *Este beneficio continúa en la tabla siguiente.*	Copago de $0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH (continuación) Si usted reúne los requisitos, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamento de PrEP oral o inyectable aprobado por la FDA, incluido el cargo por inyectar el medicamento, si corresponde. • Hasta ocho sesiones individuales de consejería (que incluyen evaluación del riesgo de VIH, reducción del riesgo de VIH y cumplimiento del tratamiento con medicamentos) cada 12 meses. • Hasta ocho pruebas de detección del VIH cada 12 meses. • Una prueba de detección del virus de la hepatitis B por única vez.	Copago de $0
Exámenes de detección del cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, pagamos los siguientes servicios una vez cada 12 meses para: • un examen rectal digital • una prueba del antígeno prostático específico (PSA)	Copago de $0
Dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados Los dispositivos protésicos reemplazan una parte del cuerpo o una función, en su totalidad o en parte. Estos incluyen, entre otros: • pruebas, ajuste o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortésicos • bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de la colostomía • marcapasos • aparatos ortopédicos • zapatos protésicos *Este beneficio continúa en la tabla siguiente.*	Copago de $0 *Es posible que se requiera autorización previa

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados (continuación) • brazos y piernas artificiales • prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía) Pagamos algunos suministros relacionados con los dispositivos protésicos y ortésicos. También pagamos la reparación o el reemplazo de los dispositivos protésicos y ortésicos. Ofrecemos cierta cobertura después de la extracción de cataratas o la cirugía de cataratas. Consulte “Cuidado de la vista” más adelante en esta tabla para obtener más detalles.	Copago de $0 *Es posible que se requiera autorización previa
Servicios de rehabilitación pulmonar Pagamos programas de rehabilitación pulmonar para afiliados que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a muy grave. Usted debe tener una orden para la rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trata la COPD.	Copago de $0
Prueba de detección de la infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de cuidado primario u otro proveedor de cuidado de salud calificado la ordena y usted cumple con una de estas condiciones: • Tiene un alto riesgo porque consume o ha consumido drogas inyectables ilícitas. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945-1965. Si nació entre 1945-1965 y no se considera de alto riesgo, pagamos una prueba de detección una vez. Si tiene un alto riesgo (por ejemplo, ha seguido consumiendo drogas inyectables ilícitas desde su prueba de detección de la hepatitis C anterior con resultado negativo), cubrimos pruebas de detección anuales.	Copago de $0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Pruebas de detección y consejería sobre infecciones de transmisión sexual (STI) Pagamos pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para algunas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una STI. Un proveedor de cuidado primario debe ordenar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También pagamos hasta dos sesiones presenciales de consejería conductual de alta intensidad cada año para adultos sexualmente activos que tienen un mayor riesgo de contraer STI. Cada sesión puede durar de 20 a 30 minutos. Pagamos estas sesiones de consejería como servicio preventivo solo si las brinda un proveedor de cuidado primario. Las sesiones deben realizarse en un entorno de cuidado primario, como el consultorio de un médico. **Tratamiento de infecciones de transmisión sexual (STI) (cubierto por Michigan Medicaid)** Servicios para pacientes ambulatorios que incluyen, entre otros: • Procedimientos de diagnóstico, medicamentos y consultas de seguimiento para tratar una STI o un trastorno relacionado con una STI • Pruebas de Papanicolaou (PAP) y tratamiento de afecciones precancerosas que comúnmente se originan a partir de una infección de transmisión sexual (STI) • Servicios preventivos relacionados con la planificación familiar recomendados por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF) y vacunas para prevenir las STI	Copago de $0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Teléfono inteligente (cubierto por Michigan Medicaid) Manténgase conectado con su equipo de cuidado, su plan de salud y su red de apoyo. Este beneficio le da 1 teléfono inteligente gratuito con llamadas, mensajes de texto y datos mensuales por hogar. Este beneficio es para afiliados de 21 años o más que califican para el programa federal Lifeline. Hable con el Departamento de Servicios para afiliados de Humana o visite el sitio web de Humana para obtener más información.	Copago de $0
Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers® SilverSneakers® es un programa de acondicionamiento físico para personas de la tercera edad que se incluye sin cargo adicional con los planes de salud de Medicare que reúnen los requisitos. Los afiliados tienen acceso a centros de acondicionamiento físico participantes en todo el país, que pueden incluir pesas y máquinas, además de clases grupales de ejercicios dirigidas por instructores capacitados en ciertos lugares. Acceda a educación en línea en SilverSneakers.com, vea videos de ejercicios en SilverSneakers On-Demand™ o descargue la aplicación de acondicionamiento físico SilverSneakers GO™ para obtener más ideas de ejercicios. Los servicios de los centros de acondicionamiento físico que normalmente tienen un cargo adicional no están incluidos en su membresía.	Copago de $0
Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF) Para ver una definición de cuidado en un centro de enfermería especializada, consulte el **Capítulo 12**. Pagamos los siguientes servicios, y tal vez otros servicios que no se mencionan aquí: • una habitación semiprivada, o una habitación privada si es médicamente necesario • comidas, incluidas dietas especiales • servicios de enfermería especializada • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla *Este beneficio continúa en la tabla siguiente.*	Copago de $0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) • medicamentos que recibe como parte de su plan de cuidado, incluidas las sustancias que se encuentran de forma natural en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre • sangre, incluido su almacenamiento y administración • suministros médicos y quirúrgicos que brindan los SNF • análisis de laboratorio realizados por los SNF • radiografías y otros servicios de radiología que brindan los centros de enfermería • aparatos, como sillas de ruedas, que normalmente brindan los centros de enfermería • servicios de médicos/proveedores Por lo general, usted recibe cuidado en un SNF en centros de la red. En ciertas condiciones, es posible que pueda recibir su cuidado en un centro que no pertenece a nuestra red. Puede recibir cuidado en los siguientes lugares si aceptan los montos de nuestro plan como pago: • un centro de enfermería o una comunidad de jubilación con cuidado continuo donde vivía antes de ir al hospital (siempre que brinde cuidado de centro de enfermería) • un centro de enfermería donde vive su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que usted sale del hospital	Copago de $0
Estipendio para los costos de mantenimiento de un animal de servicio (cubierto por Michigan Medicaid) El plan pagará hasta $20 por mes para los costos de mantenimiento de un animal de servicio si: • usted recibe servicios de cuidado personal, y • usted está certificado como persona con discapacidad debido a una afección específica definida por la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, como artritis, ceguera, parálisis cerebral, polio, esclerosis múltiple, sordera, accidente cerebrovascular o lesión de la médula espinal, y *Este beneficio continúa en la tabla siguiente.*	Copago de $0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Estipendio para los costos de mantenimiento de un animal de servicio (cubierto por Michigan Medicaid) (continuación) • 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 usará principalmente para satisfacer sus necesidades de cuidado personal.	Copago de $0
Dejar de fumar y de consumir tabaco La consejería para dejar de fumar y de consumir tabaco está cubierta para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplen con estos criterios: • consumen tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco • están en pleno uso de sus facultades y alertas durante la consejería • un médico calificado u otro profesional médico reconocido por Medicare brinda la consejería Cubrimos dos intentos para dejar de fumar por año (cada intento puede incluir un máximo de cuatro sesiones intermedias o intensivas, con hasta ocho sesiones por año). **Asesoramiento para dejar de consumir tabaco (cubierto por Michigan Medicaid)** Asesoramiento/orientación individual para dejar de consumir tabaco junto con medicamentos para dejar de consumir tabaco o sin medicamentos. • 4 sesiones de asesoramiento por intento de dejar de fumar; • 2 intentos de dejar de fumar por período de 12 meses (8 por año); • Sin limitaciones para las mujeres embarazadas. • Medicamentos con receta sin nicotina *Este beneficio continúa en la tabla siguiente.*	Copago de $0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Dejar de fumar y de consumir tabaco (continuación) • Inhaladores y aerosoles nasales con receta • Los siguientes productos de venta sin receta: ◦ Parche ◦ Goma de mascar ◦ Pastilla • Terapia combinada: 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 (goma de mascar o aerosol nasal) • Parche de nicotina e inhalador • Parche de nicotina y bupropión SR	Copago de $0
Terapia de ejercicios supervisados (SET) Pagamos la SET para afiliados con enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática que tengan un referido por PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. Nuestro plan paga: • hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de la SET • 36 sesiones adicionales con el tiempo si un proveedor de cuidado de salud las considera médicamente necesarias El programa de SET debe: • consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para la PAD en afiliados con calambres en las piernas debido a la mala circulación de la sangre (claudicación) • en un entorno para pacientes ambulatorios de un hospital o en el consultorio de un médico *Este beneficio continúa en la tabla siguiente.*	Copago de $0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Terapia de ejercicios supervisados (SET) (continuación) • estar a cargo de personal calificado que se asegure de que el beneficio supere el daño y que esté capacitado en terapia de ejercicios para la PAD • estar bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico (PA) o un enfermero practicante (NP)/enfermero clínico especialista (CNS) capacitado en técnicas de soporte vital tanto básico como avanzado	Copago de $0
Servicios de administración de casos dirigida (TCM) El plan pagará los servicios de TCM para afiliados que tienen necesidades de cuidado de salud física crónicas o complejas, o necesidades de cuidado de salud del comportamiento, y que estuvieron recientemente encarcelados o residían involuntariamente en una prisión o cárcel del condado. Los servicios de TCM ayudan a los afiliados a obtener acceso a servicios médicos, educativos, sociales y/u otros servicios adecuados. Los servicios de TCM incluyen evaluaciones, planificación, vinculación, defensa, coordinación del cuidado, referidos, monitoreo y actividades de seguimiento (p. ej., educación y apoyos).	Copago de $0
Servicios de administración de casos dirigida (TCM) - Cuidado de recuperación (cubierto por Michigan Medicaid) Programa de transición a corto plazo para afiliados que no tienen hogar y que reciben el alta después de una admisión como paciente internado en un hospital. Los servicios cubiertos incluyen: • Evaluación integral en persona • Planificación, vinculación, coordinación, seguimiento y monitoreo para ayudar al afiliado a obtener acceso a los servicios • Asistencia para establecer una vivienda permanente • Coordinación con el proveedor de cuidado primario (PCP) del afiliado y otros proveedores, según corresponda	Copago de $0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cuidado que se necesita de urgencia El cuidado que se necesita de urgencia es el cuidado que se brinda para tratar: • una situación que no es de emergencia pero que requiere cuidado médico inmediato, **o** • una enfermedad imprevista, **o** • una lesión, **o** • una afección que necesita cuidado de inmediato. Si necesita cuidado que se necesita de urgencia, primero debe intentar obtenerlo de un proveedor de la red. Sin embargo, puede usar proveedores fuera de la red cuando no pueda acudir a un proveedor de la red porque, dado el momento, el lugar o las circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener este servicio de proveedores de la red (por ejemplo, cuando está fuera del área de servicio del plan y requiere servicios inmediatos médicamente necesarios por una afección imprevista, pero no es una emergencia médica). Usted tiene cobertura para los servicios que se necesitan de urgencia en todo el mundo. Si tiene una necesidad urgente de cuidado mientras está fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable de pagar por adelantado los servicios prestados. Debe enviar un comprobante de pago al Departamento de Servicios para afiliados para obtener un reembolso. Es posible que no le reembolsemos todos los gastos de desembolso personal. Esto se debe a que nuestras tarifas contratadas pueden ser más bajas que las tarifas de los proveedores fuera de los EE. UU. y sus territorios. Usted es responsable de cualquier costo que supere nuestras tarifas contratadas, así como de cualquier costo compartido del afiliado que corresponda.	Copago de $0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Virtual Cardiac Recovery Program (Beneficio de flexibilidad uniforme) **Elegibilidad y descripción** Los afiliados elegibles deben haber tenido una hospitalización como paciente internado o en observación dentro de los últimos 30 días relacionada con un diagnóstico de insuficiencia cardíaca, según los criterios de codificación ICD-10 establecidos por el plan. Los afiliados también deben cumplir con una de las siguientes condiciones: (a) insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (HFrEF) o (b) insuficiencia cardíaca con al menos una afección adicional (hipertensión con complicaciones, neumonía excepto tuberculosis, o signos y síntomas respiratorios). Las afecciones adicionales deben estar activas dentro del mismo período de revisión retrospectiva. Cuando la fracción de eyección no esté disponible directamente, se usan criterios indirectos validados clínicamente. Todos los afiliados elegibles reciben el mismo acceso. **Descripción del beneficio** El programa brinda cuidado coordinado mediante ejercicio supervisado, seguimiento de la nutrición y de los medicamentos, y evaluaciones funcionales a través de planes de cuidado individualizados que se brindan por telesalud. Incluye hasta 36 sesiones por episodio después de una hospitalización que reúna los requisitos, con un copago de $0. Puede incluir monitoreo remoto, entrenamiento conductual, educación y consultas con proveedores. Este beneficio complementa, y no reemplaza, la rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare. **Alcance y limitaciones** El plan cubre lo siguiente: • Los servicios deben ser médicamente necesarios y estar relacionados con la afección que reúne los requisitos. • Un episodio por cada hospitalización que reúna los requisitos; cada hospitalización puede dar lugar a un nuevo episodio si se cumplen los criterios. *Este beneficio continúa en la tabla siguiente.*	Copago de $0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Virtual Cardiac Recovery Program (Beneficio de flexibilidad uniforme) (continuación) • Es posible que se requiera autorización previa según la confirmación de la elegibilidad y la necesidad médica. • Los servicios deben ser prestados por proveedores aprobados por el plan. **Determinaciones de cobertura y apelaciones** Las solicitudes se tramitan como determinaciones de la organización Medicare Advantage. Los afiliados pueden pedir decisiones de cobertura y presentar apelaciones.	Copago de $0
Cuidado de la vista Los exámenes de la vista de rutina están cubiertos una vez cada dos años. El plan pagará un par inicial de anteojos. Los anteojos de reemplazo se ofrecen una vez cada año. El plan pagará lentes de contacto para personas con ciertas afecciones. El plan pagará ayudas básicas y esenciales para la visión reducida (como telescopios, microscopios y ciertas otras ayudas para la visión reducida). Pagamos los servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos. Por ejemplo, el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Para las personas con alto riesgo de glaucoma, pagamos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: • personas con antecedentes familiares de glaucoma, • personas con diabetes, • afroamericanos de 50 años o más • hispanoamericanos de 65 años o más *Este beneficio continúa en la tabla siguiente.*	Copago de $0 **Beneficios suplementarios obligatorios para la vista** Usted tiene cobertura para el Beneficio suplementario obligatorio para la vista. Consulte la descripción del **Beneficio suplementario obligatorio para la vista** al final de esta tabla para obtener más detalles.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cuidado de la vista (continuación) Para las personas con diabetes, pagamos una prueba de detección de la retinopatía diabética una vez por año. Pagamos un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas cuando el médico inserta un lente intraocular. Si 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 obtuvo un par de anteojos después de la primera cirugía. Además, cubrimos los **Beneficios suplementarios obligatorios para la vista**, que incluyen un examen de la vista de rutina y una asignación para anteojos.	Copago de $0 **Beneficios suplementarios obligatorios para la vista** Usted tiene cobertura para el Beneficio suplementario obligatorio para la vista. Consulte la descripción del **Beneficio suplementario obligatorio para la vista** al final de esta tabla para obtener más detalles.
Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" El plan cubre la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" por única vez. La consulta incluye: • una revisión de su salud, • educación y consejería sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas las pruebas de detección y las inyecciones (o vacunas)), **y** • referidos para otro cuidado si lo necesita. **Nota:** Cubrimos la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" solo durante los primeros 12 meses en que tiene Medicare Part B. Cuando haga su cita, dígale al consultorio de su médico que desea programar su consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".	Copago de $0

Servicios de exención (waiver) basados en el hogar y la comunidad (HCBS) que paga nuestro plan	Lo que usted paga
Equipos y suministros médicos adaptativos El plan cubre dispositivos, controles o aparatos que le permiten aumentar su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria o para percibir, controlar o comunicarse con el entorno en el que vive. Los servicios podrían incluir: • sillas/bancos para la ducha • sillas elevadoras • asientos de inodoro elevados • pinzas de alcance • abridores de frascos • asientos de transferencia • elevadores de baño/elevadores de habitación • discos giratorios • ayudas para el baño, como esponjas de mango largo • ayudas telefónicas • dispositivos automatizados/telefónicos o relojes que ayudan con los recordatorios de medicamentos • abotonadores o tiradores de cremalleras • utensilios para comer modificados • ayudas para la higiene bucal modificadas • herramientas de aseo personal modificadas • almohadillas térmicas • recipientes para objetos punzantes • artículos para hacer ejercicio y otros artículos para terapia • monitor de presión arterial con salida de voz • suplementos nutricionales, como Ensure	Copago de $0

Servicios de exención (waiver) basados en el hogar y la comunidad (HCBS) que paga nuestro plan	Lo que usted paga
Programa diurno para adultos El plan cubre actividades diurnas estructuradas en un programa de cuidado directo y supervisión si usted califica. Este servicio: • brinda atención personal y promueve el bienestar social, físico y emocional	Copago de $0 *Es posible que se requiera autorización previa y/o un referido *Es posible que se requiera una exención (waiver)
Tecnología de asistencia El plan cubre artículos de tecnología que se usan para aumentar, mantener o mejorar el funcionamiento y promover la independencia si usted califica. Algunos ejemplos de servicios incluyen: • elevadores para camionetas • controles manuales • sistema de voz computarizado • tableros de comunicación • cerraduras de puertas activadas por voz • mecanismos eléctricos para puertas • alarma o intercomunicador especializado • dispositivo de asistencia para marcar	Copago de $0 *Es posible que se requiera autorización previa y/o un referido *Es posible que se requiera una exención (waiver)
Servicios de tareas domésticas El plan cubre los servicios necesarios para mantener su hogar como un entorno limpio, higiénico y seguro si usted califica. Algunos ejemplos de servicios incluyen: • tareas domésticas pesadas (lavar pisos, ventanas y paredes) • fijar alfombras y baldosas sueltas • mover muebles pesados • cortar el césped, rastrillar y limpiar escombros peligrosos, como ramas y árboles caídos El plan puede cubrir los materiales y suministros desechables que se usan para realizar las tareas domésticas.	Copago de $0 *Es posible que se requiera autorización previa y/o un referido *Es posible que se requiera una exención (waiver)

Servicios de exención (waiver) basados en el hogar y la comunidad (HCBS) que paga nuestro plan	Lo que usted paga
Modificaciones ambientales El plan cubre modificaciones en su hogar si usted califica. Las modificaciones deben estar diseñadas para garantizar su salud, seguridad y bienestar, o para que sea más independiente en su hogar. Las modificaciones pueden incluir: • instalar rampas y barras de apoyo • ensanchar las entradas de las puertas • modificar las instalaciones del baño • instalar sistemas eléctricos especializados que sean necesarios para adaptar equipos y suministros médicos	Copago de $0 *Es posible que se requiera autorización previa y/o un referido *Es posible que se requiera una exención (waiver)
Apoyos ampliados para la vida en la comunidad Para recibir este servicio, usted debe tener necesidad de indicaciones, señales, observación, orientación, enseñanza y/o recordatorios para ayudarle a completar las actividades de la vida diaria (ADL), como comer, bañarse, vestirse, ir al baño, otras tareas de higiene personal, etc. Si tiene necesidad de este servicio, también puede recibir asistencia con las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL), como lavar la ropa, preparar comidas, transporte, ayuda con las finanzas, ayuda con los medicamentos, hacer las compras, acompañarlo a las citas médicas y otras tareas del hogar. Esto también puede incluir indicaciones, señales, orientación, enseñanza, observación, recordatorios y/u otro apoyo para que usted mismo complete las IADL.	Copago de $0 *Es posible que se requiera autorización previa y/o un referido *Es posible que se requiera una exención (waiver)
Servicios de intermediario fiscal El plan pagará un intermediario fiscal (FI) para ayudarle a vivir de forma independiente en la comunidad mientras usted controla su presupuesto individual y elige al personal que trabajará con usted. El FI le ayuda a administrar y distribuir los fondos incluidos en el presupuesto individual. Usted usa estos fondos para comprar servicios basados en el hogar y la comunidad autorizados en su plan de cuidado. Usted tiene la autoridad de contratar al cuidador que elija.	Copago de $0 *Es posible que se requiera autorización previa y/o un referido *Es posible que se requiera una exención (waiver)

Servicios de exención (waiver) basados en el hogar y la comunidad (HCBS) que paga nuestro plan	Lo que usted paga
Comidas entregadas en el hogar El plan cubre hasta dos comidas preparadas por día que se llevan a su hogar si usted califica.	Copago de $0 *Es posible que se requiera autorización previa y/o un referido *Es posible que se requiera una exención (waiver)
Transporte que no es médico El plan cubre servicios de transporte que le permiten tener acceso a servicios de exención (waiver) y otros servicios, actividades y recursos comunitarios, si usted califica.	Copago de $0 *Es posible que se requiera autorización previa y/o un referido *Es posible que se requiera una exención (waiver)
Sistema personal de respuesta ante emergencias El plan cubre un dispositivo electrónico en el hogar que le consigue ayuda en una emergencia. También puede usar un botón de “ayuda” portátil que le permite moverse. El sistema está conectado a su teléfono y programado para enviar una señal a un centro de respuesta una vez que se activa un botón de “ayuda”.	Copago de $0
Servicios de enfermería preventivos El plan cubre los servicios de enfermería que brinda un enfermero registrado (RN) o un enfermero práctico con licencia (LPN). Para calificar, usted debe requerir observación y evaluación de la integridad de la piel, los niveles de azúcar en la sangre, los ejercicios de amplitud de movimiento recetados o el estado físico. Es posible que reciba otros servicios de enfermería durante la visita del enfermero a su hogar. Estos servicios no se brindan de forma continua.	Copago de $0 *Es posible que se requiera autorización previa y/o un referido *Es posible que se requiera una exención (waiver)

Servicios de exención (waiver) basados en el hogar y la comunidad (HCBS) que paga nuestro plan	Lo que usted paga
Enfermería privada (PDN) El plan cubre los 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. La PDN incluye la prestación de evaluación, tratamiento y observación de enfermería por parte de un enfermero con licencia, de acuerdo con las órdenes del médico y con su plan de cuidado. Debe cumplir con ciertos criterios médicos para calificar para este servicio.	Copago de $0 *Es posible que se requiera autorización previa y/o un referido *Es posible que se requiera una exención (waiver)
Servicios de cuidado de relevo Puede recibir servicios de cuidado de relevo a corto plazo y de forma intermitente para aliviar a su familia u otro(s) cuidador(es) principal(es) del estrés diario y de las exigencias del cuidado durante los momentos en que brindan cuidado no remunerado. Las necesidades de relevo del personal que trabaja por horas o por turnos deben cubrirse mediante sustituciones de personal, ajustes del plan o cambios de ubicación, y no mediante el cuidado de relevo. El relevo no está destinado a brindarse de forma continua y a largo plazo cuando forma parte de los servicios diarios que le permitirían a un cuidador no remunerado trabajar en otro lugar a tiempo completo.	Copago de $0 *Es posible que se requiera autorización previa y/o un referido *Es posible que se requiera una exención (waiver)

Beneficio dental suplementario obligatorio DEN268

Descripción de la cobertura

Usted puede recibir los siguientes servicios dentales de rutina que no están cubiertos por Medicare:

Deducible	**$0**

Descripción del beneficio	Usted paga dentro de la red*	Usted paga fuera de la red
Servicios preventivos		

Descripción del beneficio	Usted paga dentro de la red*	Usted paga fuera de la red
Exámenes – Frecuencia/limitaciones – 2 códigos de procedimiento por año calendario		
Examen oral periódico - D0120	0%	100%
Exámenes – Frecuencia/limitaciones – 1 código de procedimiento por año calendario		
Examen de diagnóstico de emergencia - D0140	0%	100%
Examen periodontal - D0180	0%	100%
Servicios de diagnóstico – Frecuencia/limitaciones – 1 código de procedimiento cada 3 años calendario		
Examen completo - D0150	0%	100%
Radiografías de aleta de mordida – Frecuencia/limitaciones – 1 código de procedimiento por año calendario		
Radiografías de aleta de mordida - D0270, D0272, D0273, D0274	0%	100%
Radiografías intraorales (dentro de la boca) – Frecuencia/limitaciones – 1 serie por año calendario		
Radiografías periapicales - D0220, D0230	0%	100%
Radiografías de toda la boca o panorámicas – Frecuencia/limitaciones – 1 código de procedimiento cada 5 años calendario		
Serie completa - D0210	0%	100%
Radiografía panorámica - D0330	0%	100%
Profilaxis (limpieza) – Frecuencia/limitaciones – 2 códigos de procedimiento por año calendario		
Profilaxis (limpieza) - D1110	0%	100%
Mantenimiento periodontal – Frecuencia/limitaciones – 4 códigos de procedimiento por año calendario		
Mantenimiento periodontal después de una terapia periodontal - D4910	0%	100%
Servicios integrales		
Restauraciones (empastes) – Amalgama y/o composite – Frecuencia/limitaciones – Un código de procedimiento por diente cada 2 años		

Descripción del beneficio	Usted paga dentro de la red*	Usted paga fuera de la red
Amalgama (plateada) – diente primario o permanente – D2140, D2150, D2160, D2161	0%	100%
Composite a base de resina (blanco) – anterior (delantero) o posterior (trasero) – D2330, D2331, D2332, D2335, D2391, D2392, D2393, D2394	0%	100%
Raspado – Inflamación generalizada – Frecuencia/limitaciones – 1 código de procedimiento cada 6 meses		
Raspado – inflamación gingival moderada o grave - D4346	0%	100%
Alisado y raspado radicular – Frecuencia/limitaciones – 1 código de procedimiento cada 2 años		
Alisado y raspado radicular periodontal – D4341, D4342	0%	100%
Anestesia – Frecuencia/limitaciones – Según sea necesario con los códigos cubiertos por año calendario (junto con servicios cubiertos, sujeto a las limitaciones y exclusiones del plan, sujeto a revisión clínica)		
Administración de analgesia, ansiólisis, inhalación de óxido nitroso - D9230	0%	100%

Es posible que se apliquen limitaciones y exclusiones. Las reclamaciones presentadas están sujetas a un proceso de revisión que puede incluir una revisión clínica y el historial dental para aprobar la cobertura. Es posible que los beneficios dentales de este plan no cubran todos los códigos de procedimiento de la ADA. Cualquier servicio recibido que no esté en la lista no estará cubierto por el plan y será responsabilidad del afiliado. Los beneficios se ofrecen por año calendario.

*Los dentistas dentro de la red han aceptado brindar los servicios cubiertos a tarifas contratadas (según los cuadros de tarifas dentro de la red, o INFS). Si un afiliado visita a un dentista participante de la red, no se le pueden facturar al afiliado cargos que superen el cuadro de tarifas negociadas. Los beneficios dentales suplementarios obligatorios se brindan a través de DentaQuest. El localizador de proveedores se encuentra en **Dentaquest.com/find-a-dentist**.

Cómo se calculan los pagos a usted o a su dentista

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

- Determinaremos el gasto total cubierto.
- Compararemos el gasto cubierto con los beneficios máximos permitidos.
- Le pagaremos el gasto restante a usted o a su dentista, menos cualquier coseguro que usted deba (es posible que el procedimiento que recibió requiera que usted pague un porcentaje del costo).

Para fines de facturación de reclamaciones dentales, la “fecha de servicio” (DOS) se define de la siguiente manera:

- La fecha en que se preparan los dientes para puentes fijos, coronas, inlays u onlays
- La fecha en que se toma la impresión o el escaneo digital para dentaduras postizas o dentaduras postizas parciales
- La fecha en que se toma la impresión o el escaneo digital del pilar/implante para coronas sobre implantes
- La fecha en que se abre la cámara pulpar de un diente para un tratamiento de conducto
- La fecha en que se realiza la cirugía periodontal
- La fecha en que se realiza el servicio, para los servicios que no se mencionan arriba

Para las afecciones dentales que tienen dos o más tratamientos posibles, Humana cubrirá el tratamiento de menor costo, siempre que se haya comprobado que da resultados satisfactorios. Si usted decide recibir un tratamiento de mayor costo, será responsable de pagar la diferencia.

Cómo enviar planes previos al tratamiento

Si se espera que el cuidado dental que necesita supere los **$300**, le sugerimos que usted o su dentista nos envíe un plan de tratamiento dental para que lo revisemos por adelantado, de modo que podamos darle un cálculo estimado de los servicios. El plan previo al tratamiento debe incluir:

1. Una lista de los servicios que recibirá, con la terminología y los códigos de la Asociación Dental Americana.
2. La descripción por escrito de su dentista del tratamiento propuesto.
3. Radiografías que muestren sus necesidades dentales.
4. El costo detallado del tratamiento propuesto.
5. Cualquier otro material de diagnóstico que le pidamos.

Beneficio suplementario obligatorio para la audición HER101

Para usar su beneficio, debe llamar a NationsHearing al 1-888-742-8126 para programar una cita.

Descripción del beneficio	Usted paga dentro de la red*
• Examen de audición de rutina (1 por año) • Hasta 2 audífonos con receta cada año (1 por oído por año). • El beneficio se limita a los audífonos con receta de nivel 2 (Level 2) de NationsHearing, que vienen en varias marcas y opciones. • Algunos audífonos con receta de nivel 2 están disponibles en opciones recargables. • **Debe consultar a un proveedor de NationsHearing para usar este beneficio. Llame al 1-888-742-8126 para programar una cita (TTY: 711).** • La compra de audífonos dentro de la red incluye: ◦ 1 cita de ajuste durante el primer año después de la compra de un audífono con el proveedor original ◦ 3 visitas de seguimiento con el proveedor durante el primer año después de la compra del audífono con el proveedor original ◦ Período de prueba de 60 días ◦ Garantía extendida de 3 años ◦ 3 años de baterías por cada audífono no recargable (hasta 60 pilas por oído por año) • El beneficio no incluye ni cubre nada de lo siguiente: ◦ Audífonos de venta sin receta (OTC) ◦ Accesorios para audífonos ◦ Visitas adicionales con el proveedor ◦ Baterías adicionales (o baterías cuando se compra un audífono recargable) ◦ Costos relacionados con reclamos de garantía por pérdida y daño	**$0** por exámenes de audición de rutina **$0** por audífono de nivel 2

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

Beneficio suplementario obligatorio VIS609

Descripción del beneficio	Usted paga dentro de la red*
• Examen de la vista de rutina, incluida la refracción (1 por año calendario), con un proveedor óptico de **Humana Integrated Vision Network** O • Examen de refracción (1 por año calendario), en lugar de un examen de la vista de rutina, cuando se hace en la misma cita que un examen completo de la vista cubierto por Medicare con un proveedor óptico médico de la red de Humana.	**$0*** **O** **$0** por el examen de refracción, además del costo compartido de especialista médico por el examen médico
• Beneficio de anteojos (1 por año calendario) con un proveedor óptico de Humana Integrated Vision Network • **$200** para la compra de un marco y un par de lentes O para la compra de lentes de contacto (convencionales o desechables) El beneficio no incluye el ajuste de lentes de contacto. La protección ultravioleta, la capa resistente a rayaduras y otras opciones de lentes se pueden aplicar al beneficio de asignación para anteojos. La asignación del beneficio se aplica al precio al por menor. El afiliado es responsable de cualquier costo que supere el monto aprobado por el plan. **El beneficio solo se puede usar una vez. Los dólares restantes del beneficio no se "transfieren" a una compra futura.**	Cualquier monto al por menor que supere los **$200**

*El cargo por su examen de rutina no superará los **$0** con un proveedor óptico de **Humana Integrated Vision Network**. Informe al proveedor de la red que usted forma parte de Humana Integrated Vision Network. **NOTA:** La red de proveedores para sus beneficios suplementarios de la vista a través de Humana Integrated Vision Network puede ser diferente de la red de proveedores para los beneficios de la vista cubiertos por Medicare. Puede encontrar el localizador de proveedores para la vista de rutina en **es-www.Humana.com/FindCare** > agregue el código postal en Search as Guest (Buscar como invitado) > Vision > Medicare > Dual Fully/Highly Integrated > Select State (Seleccione el estado).

E. Beneficios para visitantes o viajeros de nuestro plan

El beneficio de viaje de HMO (HMO Travel Benefit) está disponible para usted como afiliado de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP). Usted ya puede tener acceso a cuidado de emergencia y cuidado que se necesita de urgencia cuando está fuera del área de servicio. Sin embargo, cuando viaja dentro de los Estados Unidos,

el beneficio de viaje de HMO le permite recibir servicios cubiertos por el plan, incluido el cuidado preventivo. Los servicios cubiertos deben ser prestados por proveedores de la red Nat'l Medicare HMO/SNP. Puede usar "Find a Doctor" en es-www.Humana.com o comunicarse con el Departamento de Servicios para afiliados para obtener ayuda para encontrar un proveedor de la red cuando use el beneficio de viaje de HMO. Si recibe cuidado de un proveedor de la red Nat'l Medicare HMO/SNP, pagará el mismo copago o coseguro dentro de la red que pagaría si recibiera cuidado dentro de su área de servicio de residencia. Como su plan tiene un beneficio para visitantes/viajeros, es posible que sea elegible para estar fuera del área de servicio por hasta 12 meses.

Si planea viajar fuera de su área de servicio y prevé que necesitará usar el beneficio de viaje de HMO, se recomienda que se lo notifique a su proveedor de cuidado primario. También se recomienda que verifique si el proveedor o los proveedores que desea ver mientras viaja están en la red Nat'l Medicare HMO/SNP usando "Find a Doctor" en es-www.Humana.com, o que se comunique con el Departamento de Servicios para afiliados para obtener ayuda.

F. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

No cubrimos los Servicios especializados de salud del comportamiento de Medicaid (Medicaid Specialty Behavioral Health Services), pero están disponibles a través de los Planes de salud regionales prepagados para pacientes internados (Pre-paid Inpatient Health Plans, PIHP) o los Proveedores de servicios comunitarios de salud mental (Community Mental Health Services Providers, CMHSP).

Si recibe servicios a través del PIHP, consulte el *Manual para afiliados* del PIHP, que es independiente, para obtener más información, y trabaje con su coordinador de cuidado para obtener los servicios que se brindan a través del PIHP.

G. Beneficios que no cubre nuestro plan, Medicare ni Michigan Medicaid

Esta sección le informa sobre los beneficios que excluye nuestro plan. "Excluido" significa que no pagamos por estos beneficios. Medicare y Michigan Medicaid tampoco pagan por ellos.

La siguiente lista describe algunos servicios y artículos que no cubrimos bajo ninguna condición y algunos que excluimos solo en algunos casos.

No pagamos por los beneficios médicos excluidos que se mencionan en esta sección (ni en ninguna otra parte de este *Manual para afiliados*), excepto en las condiciones específicas que se indican. Aunque reciba los servicios en un centro de emergencia, el plan no pagará por los servicios. Si cree que nuestro 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 cualquier exclusión o limitación que se describa en la Tabla de beneficios, nuestro plan no cubre los siguientes artículos y servicios:

- servicios que no se consideran "razonables y médicamente necesarios", según las normas de Medicare y de Michigan Medicaid, a menos que los incluyamos como servicios cubiertos

- tratamientos, artículos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales, a menos que Medicare, un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan los cubran. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual para afiliados* para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. Los tratamientos y artículos experimentales son aquellos que la comunidad médica no acepta de forma general
- tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare lo pague
- una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario
- enfermeros privados
- artículos personales en su habitación de un hospital o de un centro de enfermería, como un teléfono o un televisor
- cuidado de enfermería de tiempo completo en su hogar
- tarifas que cobren sus familiares directos o miembros de su hogar
- procedimientos o servicios de mejora opcionales o voluntarios (incluidos los de pérdida de peso, crecimiento del cabello, desempeño sexual, rendimiento deportivo, fines cosméticos, antienvejecimiento y rendimiento mental), excepto cuando sean médicamente necesarios
- cirugía estética u otro trabajo 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 la reconstrucción de una mama después de una mastectomía y el tratamiento de la otra mama para que coincida
- cuidado quiropráctico, que no sea la manipulación manual de la columna vertebral de acuerdo con las pautas de cobertura
- cuidado de rutina de los pies, excepto según se describe en Servicios de podiatría en la Tabla de beneficios de la Sección D
- zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos formen parte de un aparato ortopédico para la pierna y estén incluidos en el costo del aparato, o que los zapatos sean para una persona con enfermedad del pie diabético
- dispositivos de soporte para los pies, excepto los zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético
- Procedimientos para revertir la esterilización y suministros anticonceptivos sin receta
- Servicios de naturopatía (el uso de tratamientos naturales o alternativos)
- Servicios prestados a veteranos en centros de Asuntos de Veteranos (VA). Sin embargo, cuando un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital del VA y el costo compartido del VA es mayor que el costo compartido de nuestro plan, le reembolsaremos la diferencia al veterano. Usted sigue siendo responsable de los montos de su costo compartido.

Las exclusiones del beneficio suplementario dental obligatorio incluyen, entre otras, las siguientes:

- Los dentistas de la red han aceptado prestar servicios según tarifas contratadas (las listas de tarifas dentro de la red, o INFS).
- Los servicios recibidos de un dentista fuera de la red no son beneficios cubiertos.
- Los servicios y códigos de la Asociación Dental Americana (ADA) que no aparecen en la tabla del beneficio suplementario dental obligatorio no están cubiertos.
- El afiliado es responsable de cualquier costo por servicios una vez que se haya alcanzado el máximo anual.
- Que usted no acuda a una cita con el dentista.
- Cargos por:
  - Cualquier tipo de implante y todos los servicios relacionados, incluidas las coronas o el dispositivo protésico que se le coloque
- Cualquier hospital, centro quirúrgico o de tratamiento, o por los servicios de un anestesiólogo o anestesista.
- Cualquier servicio que no se mencione específicamente en la Información sobre la cobertura.
- Cualquier servicio que no sea elegible para beneficios según una revisión clínica; que no ofrezca un pronóstico favorable; que no tenga una aprobación profesional uniforme; o que se considere de naturaleza experimental o de investigación.
- Servicios de ortodoncia.
- Servicios cosméticos, incluido el blanqueamiento dental.
- Cualquier gasto en el que se incurra antes de su fecha de entrada en vigor o después de la fecha en que termine este beneficio suplementario.
- No se cubre la anestesia general ni la sedación consciente administradas debido, entre otras, a las siguientes razones:
  - Control del dolor, a menos que se presente documentación de una alergia a la anestesia local;
  - Ansiedad;
  - Miedo al dolor;
  - Manejo del dolor;
  - Incapacidad emocional para someterse a una cirugía.
- Los copagos, coseguros y deducibles pagados por beneficios suplementarios no cuentan para su monto máximo de desembolso personal.

Las exclusiones del beneficio suplementario obligatorio para la audición incluyen, entre otras, las siguientes:

- Audífonos de venta sin receta (OTC).

- Cualquier tarifa por exámenes, pruebas, evaluaciones o cualquier servicio que supere los máximos establecidos.
- Cualquier gasto que cubra Medicare o cualquier otro programa del gobierno o plan de seguro, o que usted no esté obligado legalmente a pagar.
- Servicios prestados por un proveedor para autorización/consulta.
- Cualquier tarifa de reajuste por audífonos perdidos o dañados.
- Cualquier tarifa por cualquier servicio prestado por un proveedor de audífonos fuera de la red. Los proveedores de audífonos dentro de la red se reservan el derecho de dar servicio solo a los dispositivos comprados a proveedores dentro de la red.
- Audífonos y visitas con el proveedor para dar servicio a los audífonos (excepto según se describe específicamente en los Beneficios cubiertos), moldes para los oídos, accesorios para audífonos, tarifas por reclamos de garantía y baterías para audífonos (más allá del límite cubierto).

Las exclusiones del beneficio suplementario obligatorio de la vista incluyen, entre otras, las siguientes:

- Cualquier beneficio recibido con un proveedor óptico fuera de la red.
- Reajuste o cambio en el diseño de los lentes después del ajuste inicial.
- Cualquier gasto que resulte de llenar formularios.
- Cualquier servicio que no figure específicamente en su beneficio suplementario, incluidos los impuestos estatales o federales, que la persona asegurada debe pagar en su totalidad al proveedor.
- Entrenamiento ortóptico o de la vista.
- Ayudas para la visión subnormal y las pruebas relacionadas.
- Lentes aniseicónicos.
- Lentes deportivos o industriales.
- Prismas (no se cubren con la asignación, pero pueden estar disponibles a una tarifa con descuento sobre el precio al por menor; consulte con el proveedor para obtener detalles)
- Cualquier servicio que consideremos cosmético.
- Cualquier gasto en el que se incurra antes de su fecha de entrada en vigor o después de la fecha en que termine este beneficio suplementario.
- Servicios prestados por alguien que normalmente vive en su hogar o que es un familiar.
- Cargos que superen la asignación para el servicio.
- Tratamiento que resulte de cualquier lesión o enfermedad corporal autoinfligida intencionalmente.
- Lentes planos (sin graduación).
- Tratamiento médico o quirúrgico del ojo, de los ojos o de las estructuras de soporte.

- Anteojos de sol sin receta.
- Dos pares de anteojos en lugar de bifocales.
- Servicios o materiales proporcionados por cualquier otro plan de beneficios grupal 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 relacionados con la obtención de materiales.
- Servicios preoperatorios y posoperatorios.
- Ortoqueratología.
- Mantenimiento de rutina de los materiales.
- Lentes pintados artísticamente.
- Cualquier gasto en el que se incurra mientras usted reúna los requisitos para cualquier ley o norma de compensación para trabajadores o de enfermedades ocupacionales, ya sea que haya solicitado o no la cobertura.
- Servicios que:
  - Sean gratuitos o que usted no tendría que pagar si no tuviera este seguro, a menos que los cargos se reciban del gobierno de los EE. UU. o de cualquiera de sus agencias, y sean reembolsables a estos, según lo exija la ley.
  - Sean proporcionados por cualquier plan o ley, o pagaderos conforme a estos, a través de cualquier gobierno o cualquier subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid).
  - Sean proporcionados por cualquier hospital, institución o agencia que sea propiedad del gobierno de los EE. UU. o que este opere, por cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal. • Cualquier pérdida causada por una guerra o cualquier acto de guerra, o a la que estos hayan contribuido, ya sea declarada o no; cualquier acto de conflicto armado internacional; o cualquier conflicto en el que participen fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
- Que usted no acuda a una cita.
- Cualquier hospital, centro quirúrgico o de tratamiento, o por los servicios de un anestesiólogo o anestesista.
- Medicamentos con receta o medicamentos previos, ya sea que se dispensen o se receten.
- Cualquier servicio que determinemos que no es una necesidad visual; que no ofrezca un pronóstico favorable; que no tenga una aprobación profesional uniforme; o que se considere de naturaleza experimental o de investigación.

- Reemplazo de lentes o marcos de anteojos proporcionados conforme a este beneficio suplementario que se pierdan o se rompan, a menos que esté disponible de otra manera conforme al beneficio suplementario.
- Cualquier examen o material que exija un empleador como condición de empleo, o anteojos de seguridad.
- Tratamiento patológico.
- Los copagos, coseguros y deducibles pagados por beneficios suplementarios no cuentan para su monto máximo de desembolso personal.
- Estos beneficios se ofrecen por año calendario. Cualquier monto que no se use al final del año vencerá.
- Pruebas genéticas/moleculares sin haber completado con éxito una Evaluación técnica del Programa de servicios de diagnóstico molecular (MolDX®).
- Las pruebas genéticas/moleculares analizan cosas como el ADN, el ARN, las proteínas u otros marcadores biológicos del cuerpo. Si su médico habla con usted sobre una de estas pruebas, asegúrese de entender si su plan la cubre. Las pruebas genéticas/moleculares que no están aprobadas por la FDA deben ser evaluadas y aprobadas mediante una evaluación técnica (TA) de Palmetto GBA como parte del programa MolDX, para que Humana y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) las cubran.
- Los CMS exigen que la TA demuestre la utilidad clínica de la prueba, en el sentido de que mejora los resultados del paciente o cambia las decisiones de manejo del médico, y que además es una prueba válida con validez clínica y validez analítica comprobadas.
- Solo se considerarán para cobertura las pruebas genéticas/moleculares que tengan una TA completada con éxito. Hay una lista completa disponible en el DEX® Diagnostics Exchange Registry.
- Puede obtener más información sobre los requisitos de necesidad médica de las pruebas genéticas/moleculares que se pueden cubrir en CMS.gov y en es-www.Humana.com/coveragepolicies.
- Confirme con su proveedor si la prueba genética/molecular en cuestión está en el DEX® Diagnostics Exchange Registry.

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

Introducción

Este capítulo explica las reglas para obtener sus medicamentos para pacientes ambulatorios. Estos son medicamentos que su proveedor le ordena y que usted obtiene en una farmacia o por pedido por correo. Incluyen medicamentos cubiertos por Medicare Part D y por Michigan Medicaid. El **Capítulo 6** de este *Manual para afiliados* le indica lo que usted paga por estos medicamentos. Los términos clave y sus definiciones aparecen 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 Medicare Part A.** Por lo general, incluyen los medicamentos que se le dan mientras está en un hospital o en un centro de enfermería.
- **Medicamentos cubiertos por Medicare Part B.** Incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, algunas inyecciones de medicamentos que se le aplican durante una visita al consultorio de un médico u otro proveedor y los medicamentos que se le dan en una clínica de diálisis. Para obtener más información sobre qué medicamentos de Medicare Part B están cubiertos, consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual para afiliados*.
- Además de la cobertura de Medicare Part D y de beneficios médicos del plan, Medicare Original podría cubrir sus medicamentos si usted está en un programa de cuidado de hospicio de Medicare. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5, Sección F3** “En un programa de cuidado de hospicio certificado por Medicare”.

Reglas de la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan

Por lo general, cubrimos sus medicamentos siempre que usted siga las reglas de esta sección.

Un proveedor (médico, dentista u otro profesional que receta) debe escribir su receta, la cual debe ser válida según la ley estatal correspondiente. A menudo, esta persona es su proveedor de cuidado primario (PCP). También podría ser otro proveedor de la red si su PCP lo ha referido para recibir cuidado.

Su profesional que receta **no** debe estar en las Listas de exclusión o de impedimento de Medicare.

Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta (consulte la **Sección A1** para obtener más información). O puede surtir su receta a través del servicio de pedido por correo del plan.

Su 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*, es posible que podamos cubrirlo otorgándole una excepción.
- Consulte el **Capítulo 9, Sección F** de este *Manual para afiliados* para obtener información sobre cómo pedir una excepción.

Su 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) o está respaldado por ciertas referencias médicas. Es posible que su profesional que receta pueda ayudarle a identificar referencias médicas que respalden el uso solicitado del medicamento recetado.

Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan según ciertos criterios antes de que lo cubramos. (Consulte la **Sección C** de este capítulo).

Índice

A. Cómo surtir sus recetas . . . 134
A1. Cómo surtir su receta en una farmacia de la red . . . 134
A2. Cómo usar su tarjeta de identificación de afiliado cuando surte una receta . . . 134
A3. Qué hacer si cambia de farmacia de la red . . . 134
A4. Qué hacer si su farmacia deja la red . . . 134
A5. Cómo usar una farmacia especializada . . . 135
A6. Cómo usar los servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos . . . 135
A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos . . . 137
A8. Cómo usar una farmacia que no está en la red del plan . . . 137
A9. Cómo le devolvemos el dinero de una receta . . . 138
B. *Lista de medicamentos* de nuestro plan . . . 138
B1. Medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos* . . . 138
B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra *Lista de medicamentos* . . . 139
B3. Medicamentos que no están en nuestra *Lista de medicamentos* . . . 139
B4. Niveles de costo compartido de la *Lista de medicamentos* . . . 140
C. Límites en algunos medicamentos . . . 141
D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto . . . 143
D1. Cómo obtener un suministro temporal . . . 143
D2. Cómo pedir un suministro temporal . . . 144
D3. Cómo pedir una excepción . . . 145
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos . . . 146
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales . . . 148

F1. En un hospital o un centro de enfermería especializada durante una estadía que cubre nuestro plan. . . 148
F2. En un centro de cuidado a largo plazo 148
F3. En un programa de cuidado de hospicio certificado por Medicare 148
G. Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos 149
G1. Programas para ayudar a los afiliados a usar los medicamentos de forma segura 149
G2. Programas para ayudarle a manejar sus medicamentos 149
G3. Programa de manejo de medicamentos (DMP) para ayudar a los afiliados a usar de forma segura los medicamentos opioides 150

A. Cómo surtir sus recetas

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

En la mayoría de los casos, el plan pagará las recetas solo cuando se surtan en cualquiera de las farmacias de nuestra red. Una farmacia de la red es una farmacia que ha aceptado surtir recetas para los afiliados de nuestro plan. Puede usar cualquiera de las farmacias de nuestra red. (Consulte la **Sección A8** de este capítulo para obtener información sobre cuándo cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red).

Para encontrar una farmacia de la red, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con el Departamento de Servicios para afiliados o con su coordinador de cuidado. Algunas farmacias de la red ofrecen un costo compartido preferido, que puede ser más bajo que el costo compartido en una farmacia que ofrece un costo compartido estándar. El *Directorio de proveedores y farmacias* le indicará qué farmacias de la red ofrecen un costo compartido preferido.

A2. Cómo usar su tarjeta de identificación de afiliado cuando surte una receta

Para surtir su receta, **muestre su tarjeta de identificación de afiliado** en su farmacia de la red. La farmacia de la red nos facturará nuestra parte del costo de su medicamento cubierto. Es posible que tenga que pagarle a la farmacia un copago cuando recoja su receta.

Si no tiene consigo su tarjeta de identificación de afiliado cuando surta su receta, pídale a la farmacia que nos llame para obtener la información necesaria, o puede pedirle a la farmacia que busque la información de su afiliación al plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es posible que tenga que pagar el costo total de la receta cuando la recoja. Luego, puede pedirnos que le devolvamos nuestra parte. **Si no puede pagar el medicamento, comuníquese con el Departamento de Servicios para afiliados de inmediato.** Haremos todo lo posible para ayudarle.

- Para pedirnos que le devolvamos el dinero, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para afiliados*.
- Si necesita ayuda para surtir una receta, comuníquese con su coordinador de cuidado o con el Departamento de Servicios para afiliados.

A3. Qué hacer si cambia de farmacia de la red

Si cambia de farmacia y necesita un resurtido de una receta, puede pedir que un proveedor le escriba una receta nueva o pedirle a su farmacia que transfiera la receta a la nueva farmacia si le quedan resurtidos.

Si necesita ayuda para cambiar de farmacia de la red, comuníquese con el Departamento de Servicios para afiliados o con su coordinador de cuidado.

A4. Qué hacer si su farmacia deja la red

Si la farmacia que usa deja la red de nuestro plan, necesita encontrar una nueva farmacia 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 el Departamento de Servicios para afiliados o con su coordinador de cuidado.

A5. Cómo usar una farmacia especializada

A veces, las recetas se deben surtir en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de cuidado a largo plazo, como 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 nuestra red, o si tiene dificultades para obtener sus medicamentos en un centro de cuidado a largo plazo, comuníquese con el Departamento de Servicios para afiliados.
- Farmacias que atienden al Servicio de Salud Indígena/Programa de Salud Tribal/Indígena Urbano. Excepto en emergencias, solo los nativos americanos o los nativos de Alaska pueden usar estas farmacias.
- Farmacias que dispensan medicamentos que la FDA restringe a ciertos lugares o que requieren un manejo especial, coordinación del proveedor o educación sobre su uso. (Nota: 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 el Departamento de Servicios para afiliados o con el coordinador de cuidado.

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

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar los servicios de pedido por correo de la red de nuestro plan. Por lo general, los medicamentos disponibles por pedido por correo son medicamentos que usted toma con regularidad para una afección médica crónica o a largo plazo. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están marcados como medicamentos de pedido por correo en nuestra *Lista de medicamentos*.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite pedir un suministro de hasta 100 días.

Cómo surtir recetas por correo

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame al Departamento de 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.

La mayoría de las recetas se enviarán en un plazo de 3-5 días una vez que la farmacia de pedido por correo reciba una receta válida de su proveedor. Cuando planee usar una farmacia de pedido por correo, es una buena precaución pedirle a su médico que le escriba dos recetas para sus medicamentos: una que enviará para hacer el pedido por correo y otra que puede surtir en persona en una farmacia de la red si su pedido por

correo no llega a tiempo. De esa manera, no se quedará sin sus medicamentos si su pedido por correo se retrasa. Si tiene problemas para surtir su receta en una farmacia de la red mientras espera el pedido por correo, comuníquese con el consultorio de su profesional que receta.

Procesos de pedido por correo

El servicio de pedido por correo tiene procedimientos diferentes para las recetas nuevas que recibe de usted, las recetas nuevas que recibe directamente del consultorio de su proveedor y los resurtidos de sus recetas de pedido por correo:

1. Recetas nuevas que la farmacia recibe de usted

La farmacia surte y entrega automáticamente las recetas nuevas que recibe de usted.

2. Recetas nuevas que la farmacia recibe del consultorio de su proveedor

Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de cuidado de salud, se comunica con usted para saber si quiere que se surta el medicamento de inmediato o más adelante.

- Esto le da la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le entregue el medicamento correcto (incluidos la concentración, la cantidad y la forma) y, si es necesario, le permite detener o retrasar el pedido antes de que se envíe.
- Responda cada vez que la farmacia se comunique con usted, para indicarle qué hacer con la receta nueva y para evitar retrasos en el envío.

Si usó el servicio de pedido por correo en el pasado y no quiere que la farmacia surta y envíe automáticamente cada receta nueva, comuníquese con nosotros llamando al Departamento de 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 usó nuestra entrega de pedido por correo y/o decide dejar de recibir surtidos automáticos de recetas nuevas, la farmacia se comunica con usted cada vez que recibe una receta nueva de un proveedor de cuidado de salud para saber si desea que el medicamento se surta y se envíe de inmediato.

- Esto le da la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le entregue el medicamento correcto (incluidos la concentración, la cantidad y la 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 indicarle qué hacer con la receta nueva y para evitar retrasos en el envío.

Para dejar de recibir las entregas automáticas de las recetas nuevas que recibe directamente del consultorio de su proveedor de cuidado de salud, comuníquese con nosotros llamando al Departamento de 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. Resurtidos de recetas de pedido por correo

Para los resurtidos de sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. Conforme a este programa, comenzamos a procesar su próximo resurtido de forma automática cuando nuestros registros muestran que se le debería estar por acabar su medicamento.

- La farmacia se comunica con usted antes de enviar cada resurtido para asegurarse de que necesita más medicamento, y usted puede cancelar los resurtidos programados si tiene suficiente medicamento o si su medicamento cambió.
- Si decide no usar nuestro programa de resurtido automático, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que se acabe su receta actual para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Para dejar de participar en nuestro programa que prepara automáticamente los resurtidos de pedido por correo, comuníquese con nosotros llamando al Departamento de 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.

Infórmele a la farmacia las mejores maneras de comunicarse con usted para que puedan contactarle y confirmar su pedido antes de enviarlo, llamando al Departamento de 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 están en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma con regularidad para una afección médica crónica o a largo plazo.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. El *Directorio de proveedores y farmacias* le indica qué farmacias pueden darle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a su coordinador de cuidado o al Departamento de Servicios para afiliados para obtener más información.

Puede usar los servicios de pedido por correo de la red de nuestro 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 usar una farmacia que no está en la red del plan

Por lo general, pagamos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red solo cuando usted no puede usar una farmacia de la red. Tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como afiliado de nuestro plan. En estos casos, consulte primero con el Departamento de Servicios para afiliados para saber si hay una farmacia de la red cerca.

Pagamos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

– Si las recetas están relacionadas con cuidado de emergencia que paga el plan

– Si las recetas están relacionadas con cuidado que se necesita de urgencia que paga el plan cuando usted no puede llegar a un proveedor de la red

– Si usted está en una zona declarada de desastre y necesita resurtir su receta.

A9. Cómo le devolvemos 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 receta. Puede pedirnos que le devolvamos el dinero de nuestra parte del costo.

Es posible que se le exija 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 de la red.

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

B. *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. La *Lista de medicamentos* también le indica las reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos.

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

B1. Medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos*

Nuestra *Lista de medicamentos* incluye medicamentos cubiertos por Medicare Part D y algunos medicamentos y productos con receta y de venta sin receta (OTC) cubiertos por su Michigan Medicaid.

Nuestra *Lista de medicamentos* incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento que se vende con un nombre de marca registrada que pertenece al fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. En nuestra *Lista de medicamentos*, cuando nos referimos a “medicamentos”, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Los productos biológicos tienen alternativas llamadas biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y los biosimilares funcionan igual de bien que los medicamentos de marca o los productos biológicos originales y, por lo general, cuestan menos. Hay sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según 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 medicamentos de marca.

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

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos y productos de venta sin receta (OTC). Algunos medicamentos de venta sin receta (OTC) cuestan menos que los medicamentos con receta y funcionan igual de bien. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para afiliados.

B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra *Lista de medicamentos*

Para saber si un medicamento que toma está en nuestra *Lista de medicamentos*, puede:

- Revisar la *Lista de medicamentos* más reciente que le enviamos por correo.
- Visitar el sitio web de nuestro plan en **es-www.Humana.com/druglist**. La *Lista de medicamentos* de nuestro sitio web siempre es la más actualizada.
- Llamar a su coordinador de cuidado o al Departamento de Servicios para afiliados para saber si un medicamento está en nuestra *Lista de medicamentos* o para pedir una copia de la lista.
- Usar nuestra “Herramienta de beneficios en tiempo real” (Real Time Benefit Tool) (visitando **es-www.Humana.com** e iniciando sesión en MyHumana) para buscar medicamentos en la *Lista de medicamentos* y obtener un cálculo aproximado de lo que pagará y saber si hay medicamentos alternativos en la *Lista de medicamentos* que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a su coordinador de cuidado o al Departamento de Servicios para afiliados al número que aparece al pie de la página.

B3. Medicamentos que no están en nuestra *Lista de medicamentos*

No cubrimos todos los medicamentos.

- Algunos medicamentos no están en nuestra *Lista de medicamentos* porque la ley no nos permite cubrirlos.
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en nuestra *Lista de medicamentos*.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos*.

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

Nuestro plan no paga los tipos de medicamentos que se describen en esta sección. Estos se llaman **medicamentos excluidos**. Si obtiene una receta para un medicamento excluido, es posible que tenga que pagarlo usted mismo. Si cree que deberíamos pagar 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 tres reglas generales sobre los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye los medicamentos de Medicare Part D y de Michigan Medicaid) no puede pagar un medicamento que

Medicare Part A o Part B ya cubre. Nuestro plan cubre gratis los medicamentos cubiertos por Medicare Part A o Medicare Part B, pero estos medicamentos no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos para pacientes ambulatorios.

2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

3. El uso del medicamento debe estar aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias médicas como tratamiento para su afección. Su médico u otro proveedor puede recetarle cierto medicamento para tratar su afección, aunque no se haya aprobado para tratar esa afección. Esto se llama “uso no autorizado” (off-label use). Por lo general, nuestro plan no cubre los medicamentos recetados para un uso no autorizado.

Además, por ley, Medicare o Michigan Medicaid no pueden cubrir los tipos de medicamentos que se indican a continuación.

- Medicamentos que se usan para promover la fertilidad
- Medicamentos que se usan para aliviar los síntomas de la tos o del resfriado
- Medicamentos que se usan con fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales con receta, excepto las vitaminas prenatales y los preparados de flúor
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios fabricados por una compañía que dice que usted debe hacerse pruebas o recibir servicios solo de ella.

Consulte la *Lista de medicamentos* del plan o llame al Departamento de Servicios para afiliados para obtener más información.

B4. Niveles de costo compartido de la *Lista de medicamentos*

Cada medicamento de la *Lista de medicamentos* del plan está en uno de cinco niveles. Un nivel es un grupo de medicamentos generalmente del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos o de venta sin receta [OTC]). En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será su costo por el medicamento.

- Nivel de costo compartido 1 - Genéricos preferidos: medicamentos genéricos o de marca que están disponibles con el costo compartido más bajo de este plan.
- Nivel de costo compartido 2 - Genéricos: medicamentos genéricos o de marca que el plan ofrece a un costo más alto para usted que los medicamentos genéricos preferidos del Nivel 1.
- Nivel de costo compartido 3 - Medicamentos de marca preferidos: medicamentos genéricos o de marca que el plan ofrece a un costo más bajo para usted que los medicamentos no preferidos del Nivel 4.

- Nivel de costo compartido 4 - Medicamentos no preferidos: medicamentos genéricos o de marca que el plan ofrece a un costo más alto para usted que los medicamentos de marca preferidos del Nivel 3.
- Nivel de costo compartido 5 - Nivel de especialidad: algunos medicamentos inyectables y otros medicamentos de alto costo.

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, busque el medicamento en nuestra *Lista de medicamentos*.

El **Capítulo 6** de este *Manual para afiliados* indica la cantidad que usted paga por los medicamentos de cada nivel.

C. Límites en algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos, hay reglas especiales que limitan 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 igual de bien que un medicamento de mayor costo, esperamos que su 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 variar según la concentración, la cantidad o la forma del medicamento que le recete su proveedor, y pueden aplicarse diferentes restricciones a las diferentes versiones de los medicamentos (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno por día frente a dos por día; tableta frente a líquido).

Si hay una regla especial para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deben tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Por ejemplo, es posible que su proveedor primero tenga que informarnos su diagnóstico o proporcionarnos los resultados de análisis de sangre. Si usted o su proveedor creen que nuestra regla no debería aplicarse a su situación, pídanos que usemos el proceso de decisión de cobertura para hacer una excepción. Es posible que aceptemos o no permitirle usar el medicamento sin tomar las medidas adicionales.

Para obtener más información sobre cómo pedir excepciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para afiliados*.

1. Limitar el uso de un medicamento de marca o de productos biológicos originales cuando hay una versión genérica o biosimilar intercambiable disponible

Por lo general, un medicamento genérico o biosimilar intercambiable funciona igual que un medicamento de marca y, por lo general, cuesta menos. En la mayoría de los casos, si hay una versión genérica o biosimilar intercambiable disponible de un medicamento de marca o de un producto biológico original, nuestras farmacias de la red le dan la versión genérica o biosimilar intercambiable.

- Por lo general, no pagamos el medicamento de marca ni el producto biológico original cuando hay una versión genérica disponible.

- Sin embargo, si su proveedor nos ha informado el motivo médico por el que el medicamento genérico o biosimilar intercambiable o el producto biológico original no le funcionará **o** escribió “Sin sustituciones” (No substitutions) en su receta para un medicamento de marca o un producto biológico original **o** nos ha informado el motivo médico por el que el medicamento genérico, el biosimilar intercambiable u otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección no le funcionarán, entonces cubrimos el medicamento de marca.
- Su copago puede ser mayor por el medicamento de marca o el producto biológico original que por el medicamento genérico o el biosimilar intercambiable.

2. Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para algunos medicamentos, usted o el profesional que receta deben obtener la aprobación de nuestro plan antes de que usted surta su receta. Esto se llama autorización previa. Se establece para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a orientar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento. Llame al Departamento de Servicios para afiliados al número que aparece al pie de la página o visite nuestro 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 menor costo que sean igual de eficaces antes de que cubramos medicamentos que cuestan más. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, y el medicamento A cuesta menos que el medicamento B, es posible que le exijamos que pruebe primero el medicamento A.

Si el medicamento A no funciona para usted, entonces cubrimos el medicamento B. Esto se llama terapia escalonada. Llame al Departamento de Servicios para afiliados al número que aparece al pie de la página o visite nuestro sitio web en **es-www.Humana.com** para obtener más información sobre la terapia escalonada.

4. Límites de cantidad

Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que puede tener. Esto se llama límite de cantidad. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora por día de cierto medicamento, podríamos limitar la cantidad de un medicamento que puede obtener cada vez que surte su receta.

Para saber si alguna de las reglas anteriores se aplica a un medicamento que toma o que quiere tomar, consulte la *Lista de medicamentos*. Para obtener la información más actualizada, llame al Departamento de Servicios para afiliados o visite nuestro sitio web en **es-www.Humana.com**. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura por cualquiera de los motivos anteriores, puede solicitar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para afiliados*.

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

Intentamos que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted, pero a veces es posible que un medicamento no esté cubierto de la manera que a usted le gustaría. Por ejemplo:

- Nuestro plan no cubre el medicamento que usted quiere tomar. Es posible que el medicamento no esté en nuestra *Lista de medicamentos*. Es posible que cubramos una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que usted quiere tomar. Es posible que un medicamento sea nuevo y que todavía no hayamos revisado su seguridad y eficacia.
- Nuestro plan cubre el medicamento, pero hay reglas especiales o límites en la cobertura. Como se explica en la sección anterior, algunos medicamentos que cubre nuestro plan tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, es posible que usted o el profesional que receta quieran pedirnos una excepción.
- El medicamento está cubierto, pero en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea más alto de lo que usted cree que debería ser.

Hay cosas que puede hacer si no cubrimos un medicamento de la manera en que usted quiere que lo cubramos.

D1. Cómo obtener un suministro temporal

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

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

1. El medicamento que ha estado tomando:
   - ya no está en nuestra *Lista de medicamentos*, **o**
   - nunca estuvo en nuestra *Lista de medicamentos*, **o**
   - ahora está limitado de alguna manera.
2. Debe estar en una de estas situaciones:
   - Estuvo en nuestro plan el año pasado.
     - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario.**
     - Este suministro temporal es para un máximo de 30 días.
     - Si su receta está indicada para menos días, permitiremos varios resurtidos para proporcionar 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 proporcionarle su medicamento en cantidades pequeñas a la vez para evitar el desperdicio.

- Es nuevo en nuestro plan.
  - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su afiliación a nuestro plan**.
  - Este suministro temporal es para un máximo de 30 días.
  - Si su receta está indicada para menos días, permitimos varios resurtidos para proporcionar 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 proporcionarle su medicamento en cantidades pequeñas a la vez para evitar el desperdicio.
- Ha estado en el plan por más de 90 días, vive en un centro de cuidado a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
  - Cubrimos un suministro de 31 días, o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es adicional al suministro temporal anterior.
  - Suministro de transición para los afiliados actuales con cambios en el entorno de tratamiento
    - Durante el año del plan, es posible que tenga un cambio en su entorno de tratamiento debido al nivel de cuidado que necesita. Estas transiciones incluyen:
      - Afiliados que reciben el alta de un hospital o de un centro de enfermería especializada para ir a un entorno en el hogar
      - Afiliados que ingresan a un hospital o a un centro de enfermería especializada desde un entorno en el hogar
      - Afiliados que se trasladan de un centro de enfermería especializada a otro y a quienes atiende una farmacia diferente
      - Afiliados que terminan su estadía en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare Part A (en la que los pagos incluyen todos los cargos de farmacia) y que ahora necesitan usar el beneficio de su plan de la Parte D
      - Afiliados que renuncian al estado de cuidado de hospicio y vuelven a la cobertura estándar de Medicare Part A y Part B
      - Afiliados que reciben el alta de hospitales psiquiátricos para enfermedades crónicas con regímenes de medicamentos muy individualizados

Para pedir un suministro temporal de un medicamento, llame al Departamento de Servicios para afiliados al 1-866-432-0001 (TTY: 711). El Departamento de Servicios para afiliados está disponible los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Esta llamada es gratuita.

D2. Cómo pedir un suministro temporal

Para pedir un suministro temporal de un medicamento, llame al Departamento de Servicios para afiliados.

Cuando obtenga un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor lo antes posible para decidir qué hacer cuando se le acabe el suministro. Estas son sus opciones:

- Cambiar a otro medicamento.

  Es posible que nuestro plan cubra un medicamento diferente que funcione para usted. Llame al Departamento de Servicios para afiliados para pedir una lista de los medicamentos que cubrimos que tratan la misma afección médica. La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted.

  O

- Pedir una excepción.

  Usted y su proveedor pueden pedirnos que hagamos una excepción. Por ejemplo, puede pedirnos que cubramos un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos* o que cubramos el medicamento sin límites. Si su proveedor dice que usted tiene un buen motivo médico para una excepción, puede ayudarle a pedirla.

Para los medicamentos de Michigan Medicaid:

Es nuevo en el plan.

Cubriremos un suministro de su medicamento de Michigan Medicaid por hasta 90 días calendario después de la afiliación y no lo suspenderemos al final de los 90 días calendario sin darle un aviso por adelantado y una transición a otro medicamento, si es necesario.

D3. Cómo pedir una excepción

Si un medicamento que toma se va a quitar de la *Lista de medicamentos* o se va a limitar de alguna manera el próximo año, le permitimos pedir una excepción antes del próximo año.

- Le informamos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Pídanos que hagamos una excepción y que cubramos el medicamento el próximo año de la manera que a usted le gustaría.
- Respondemos a su solicitud de 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 vigor.

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

Si necesita ayuda para pedir una excepción, comuníquese con su coordinador de cuidado o con el Departamento de Servicios para afiliados.

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero es posible que agreguemos o quitemos medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos* durante el año. También es posible que cambiemos nuestras reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, es posible que:

- Decidamos exigir o no exigir autorización previa (PA) para un medicamento (permiso nuestro antes de que pueda obtener un medicamento),
- Agreguemos o cambiemos la cantidad de un medicamento que puede obtener (límites de cantidad).
- Agreguemos o cambiemos las restricciones de terapia escalonada de un medicamento (debe probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).
- Reemplacemos un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

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

Si toma un medicamento que estaba cubierto al **comienzo** del año, por lo general no quitaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, a menos que:

- salga al mercado un medicamento nuevo y más barato que funcione igual de bien que un medicamento que ahora está en nuestra *Lista de medicamentos*, **o**
- nos enteremos de que un medicamento no es seguro, **o**
- se retire un medicamento del mercado.

¿Qué pasa si cambia la cobertura de un medicamento que usted toma?

Para obtener más información sobre lo que pasa cuando cambia nuestra *Lista de medicamentos*, siempre puede:

- Consultar nuestra *Lista de medicamentos* actual en línea en **es-www.Humana.com/druglist** o
- Llamar al Departamento de Servicios para afiliados al número que aparece al final de la página para consultar nuestra *Lista de medicamentos* actual.

Cambios que podemos hacer en la *Lista de medicamentos* que lo afectan durante el año del plan actual

Algunos cambios en la *Lista de medicamentos* ocurrirán **de inmediato**. Por ejemplo:

- Hay un nuevo medicamento genérico disponible. A veces, sale al mercado un nuevo medicamento genérico o biosimilar que funciona igual de bien que un medicamento de marca o un producto biológico original que ahora está en la *Lista de medicamentos*. Cuando eso sucede, es posible que quitemos el medicamento de marca y agreguemos el nuevo medicamento genérico, pero su costo por el nuevo medicamento seguirá siendo el mismo o será menor.

Cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, también es posible que decidamos mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.

- Es posible que no le informemos antes de hacer este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que hicimos una vez que ocurra.
- Usted o su proveedor pueden pedir una “excepción” a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede seguir para pedir una excepción. Consulte el **Capítulo 9** de este Manual para obtener más información sobre las excepciones.
- Le informamos al menos 30 días antes de hacer el cambio en la *Lista de medicamentos* **o**
- Le avisamos y le damos un suministro de 30 días del medicamento de marca o del producto biológico original después de que pida un resurtido.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro profesional que receta. Ellos pueden ayudarle a decidir:

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

Retiro de medicamentos no seguros y de otros medicamentos que se retiran del mercado. A veces, es posible que se determine que un medicamento no es seguro o que se retire del mercado por otro motivo. Si esto sucede, es posible que lo quitemos de inmediato de nuestra *Lista de medicamentos*. Si usted toma el medicamento, le enviaremos un aviso después de hacer el cambio.

Es posible que hagamos otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Le informamos por adelantado sobre estos otros cambios en nuestra *Lista de medicamentos*. Estos cambios podrían ocurrir si:

- La FDA proporciona una nueva orientación o hay nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.

Cuando ocurren estos cambios, nosotros:

- Le informamos al menos 30 días antes de hacer el cambio en nuestra *Lista de medicamentos* **o**
- Le avisamos y le damos un suministro de 30 días del medicamento después de que pida un resurtido.

Esto le da tiempo para hablar con su médico u otro profesional que receta. Ellos pueden ayudarle a decidir:

- Si hay un medicamento similar en nuestra *Lista de medicamentos* que pueda tomar en su lugar **o**
- Si debe pedir una excepción a estos cambios para que se siga cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo pedir excepciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para afiliados*.

Cambios en la *Lista de medicamentos* que no lo afectan durante este año del plan

Es posible que hagamos cambios en los medicamentos que toma que no se describen arriba y que no lo afectan ahora. Para esos cambios, si toma un medicamento que cubrimos al comienzo del año, por lo general no quitamos ni cambiamos la cobertura de ese **medicamento durante el resto del año.**

Por ejemplo, si quitamos un medicamento que usted toma, aumentamos lo que paga por el medicamento o limitamos su uso, el cambio no afecta su uso del medicamento ni lo que paga por el medicamento durante el resto del año.

Si alguno de estos cambios ocurre con un medicamento que usted toma (excepto los cambios indicados en la sección anterior), el cambio no afectará su uso hasta el 1 de enero del año siguiente.

No le informaremos directamente sobre estos tipos de cambios durante el año actual. Deberá consultar la *Lista de medicamentos* del próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio que lo afectará durante el próximo año del plan.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. En un hospital o un centro de enfermería especializada durante una estadía que cubre nuestro plan

Si ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada para una estadía que cubre nuestro plan, por lo general cubrimos el costo de sus medicamentos durante su estadía. No pagará un copago. Una vez que salga del hospital o del centro de enfermería especializada, cubrimos sus medicamentos siempre que los medicamentos cumplan todas nuestras reglas de cobertura.

F2. En un centro de cuidado a largo plazo

Por lo general, un centro de cuidado a largo plazo, como un centro de enfermería, tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos a todos sus residentes. Si vive en un centro de cuidado a largo plazo, es posible que obtenga sus medicamentos a través de la farmacia del centro si es parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de proveedores y farmacias* para saber si la farmacia de su centro de cuidado a largo plazo es parte de nuestra red. Si no lo es o si necesita más información, comuníquese con el Departamento de Servicios para afiliados.

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

Los medicamentos nunca están cubiertos por el cuidado de hospicio y por nuestro plan al mismo tiempo.

- Es posible que esté inscrito en un cuidado de hospicio de Medicare y que necesite ciertos medicamentos (p. ej., medicamentos para el dolor, contra las náuseas, laxantes o contra la ansiedad) que su cuidado de hospicio no cubre porque no están relacionados con su pronóstico terminal ni con sus afecciones. En ese caso, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que receta o de su proveedor de cuidado de hospicio de que el medicamento no está relacionado antes de que podamos cubrir el medicamento.
- Para evitar demoras en la obtención de cualquier medicamento no relacionado que nuestro plan deba cubrir, puede pedirle a su proveedor de cuidado de hospicio o al profesional que receta que se asegure de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a una farmacia que surta su receta.

Si deja el cuidado de hospicio, nuestro plan cubre todos sus medicamentos. Para evitar demoras en una farmacia cuando termine su beneficio de cuidado de hospicio de Medicare, lleve documentación a la farmacia para verificar que dejó el cuidado de hospicio.

Consulte las partes anteriores de este capítulo que hablan sobre los medicamentos que cubre nuestro plan. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual para afiliados* para obtener más información sobre el beneficio de cuidado de hospicio.

G. Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos

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

Cada vez que surte una receta, buscamos posibles problemas, como errores con los medicamentos o medicamentos que:

- tal vez no sean necesarios porque usted toma otro medicamento similar que tiene el mismo efecto
- tal vez no sean seguros para su edad o sexo
- podrían hacerle daño si los toma al mismo tiempo
- tienen ingredientes a los que usted es o podría ser alérgico
- podrían tener un error en la cantidad (dosis)
- tienen cantidades no seguras de analgésicos opioides

Si encontramos un posible problema en su uso de medicamentos, trabajamos con su proveedor para corregir el problema.

G2. Programas para ayudarle a manejar sus medicamentos

Nuestro plan tiene un programa para ayudar a los afiliados con necesidades de salud complejas. En esos casos, es posible que sea elegible para recibir servicios, sin costo para usted, a través de un programa de administración de terapia con medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Este programa les ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos estén funcionando para mejorar su salud. Si reúne los requisitos para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le hará una revisión completa de todos sus medicamentos y hablará con usted sobre:

- cómo obtener el mayor beneficio de los medicamentos que toma
- cualquier inquietud que tenga, como los costos de los medicamentos y las reacciones a los medicamentos
- la mejor manera de tomar sus medicamentos
- cualquier pregunta o problema que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta sin receta

Luego, le darán:

- Un resumen por escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que recomienda lo que puede hacer para usar mejor sus medicamentos.
- Una lista personal de medicamentos que incluye todos los medicamentos que toma, cuánto toma, y cuándo y por qué los toma.
- Información sobre cómo desechar de forma segura los medicamentos con receta que son sustancias controladas.

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

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

Los programas de MTM son voluntarios y gratuitos para los afiliados que reúnen los requisitos. Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribimos en el programa y le enviamos información. Si no quiere participar en el programa, avísenos y lo sacaremos del programa.

Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con el Departamento de Servicios para afiliados o con su coordinador de cuidado.

G3. Programa de manejo de medicamentos (DMP) para ayudar a los afiliados a usar de forma segura los medicamentos opioides

Tenemos un programa que ayuda a asegurarse de que los afiliados usen de forma segura los opioides con receta y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de manejo de medicamentos (DMP).

Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios profesionales que recetan o de varias farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, es posible que hablemos con el profesional que receta para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Si, en colaboración con el profesional que receta, decidimos que su uso de medicamentos opioides o benzodiazepinas con receta podría no ser seguro, es posible que limitemos la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si lo incluimos en nuestro DMP, las limitaciones pueden incluir:

- Exigirle que obtenga todas las recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas en cierta(s) farmacia(s)
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas de cierto(s) profesional(es) que receta(n)
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que cubriremos para usted.

Si planeamos limitar la forma en que obtiene estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. La carta 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 de una farmacia específicos.

Tendrá la oportunidad de decirnos qué profesionales que recetan o qué farmacias prefiere usar y cualquier información que crea que es importante que sepamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirme las limitaciones.

Si cree que cometimos un error, o si no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y el profesional que receta pueden presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. 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). (Para 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 si:

- tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer o anemia de células falciformes,
- recibe cuidado de hospicio, cuidados paliativos o cuidado al final de la vida, **o**
- vive en un centro de cuidado a largo plazo.

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

Introducción

Este capítulo le indica lo que usted paga por sus medicamentos para pacientes ambulatorios. Cuando decimos “medicamentos”, nos referimos a:

- Medicamentos de Medicare Part D, **y**
- Medicamentos y artículos cubiertos por Medicaid

Como usted es elegible para Michigan Medicaid, recibe Ayuda Adicional (Extra Help) de Medicare para ayudarle a pagar sus medicamentos de Medicare Part D. Le enviamos un anexo por separado, llamado “Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda Adicional (Extra Help) para pagar los medicamentos recetados” (también conocida como “Cláusula adicional para el subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este anexo, llame al Departamento de Servicios para afiliados y pida la “Cláusula adicional LIS”.

La **Ayuda Adicional (Extra Help)** es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos de Medicare Part D, como las primas, los deducibles y los copagos. La Ayuda Adicional (Extra Help) también se llama “Subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

Otros términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para afiliados*.

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

- Nuestra *Lista de medicamentos cubiertos*.
  - La llamamos la “*Lista de medicamentos*”. Le indica:
    - qué medicamentos pagamos
    - en cuál de los cinco niveles está cada medicamento
    - si hay algún límite en los medicamentos
  - Si necesita una copia de nuestra *Lista de medicamentos*, llame al Departamento de Servicios para afiliados. También puede encontrar la copia más actualizada de nuestra *Lista de medicamentos* en nuestro sitio web, **es-www.Humana.com/druglist**.
- El **Capítulo 5** de este *Manual para afiliados*.
  - Le indica cómo obtener sus medicamentos para pacientes ambulatorios a través del plan.
  - Incluye las reglas que debe seguir. También le indica qué tipos de medicamentos no cubre nuestro plan.

- Cuando usa la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para buscar la cobertura de un medicamento (consulte el **Capítulo 5, Sección B2**), el costo que se muestra es un cálculo aproximado de los costos de desembolso personal que se espera que usted pague. Puede llamar a su coordinador de cuidado o al Departamento de Servicios para afiliados para obtener más información.

• *Nuestro Directorio de proveedores y farmacias:*

- En la mayoría de los casos, debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que aceptan trabajar con nosotros.
- El *Directorio de proveedores y farmacias* incluye una lista de 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. *Explicación de beneficios (EOB)* 154
B. Cómo llevar un registro de los costos de sus medicamentos 154
B1. ¿Qué pasa si encuentra errores en este resumen? 155
B2. ¿Qué pasa si hay un posible fraude? 156
C. Etapas de pago de medicamentos de Medicare Part D 156
D. Etapa 1: Etapa de cobertura inicial 156
D1. Sus opciones de farmacias 157
D2. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento 157
D3. Lo que usted paga 157
D4. Fin de la Etapa de cobertura inicial 161
E. Etapa 2: La Etapa de cobertura catastrófica 161
F. Los costos de sus medicamentos si su médico le receta un suministro menor que el de un mes completo . . 161
G. Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D 162
G1. Lo que debe saber antes de recibir una vacuna 162
G2. Lo que usted paga por una vacuna cubierta por Medicare Part D 162

A. *Explicación de beneficios (EOB)*

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos y de los pagos que usted hace cuando obtiene recetas en la farmacia. Llevamos un registro de dos tipos de costos:

- Sus **costos de desembolso personal.** Esta es la cantidad de dinero que usted, u otras personas en su nombre, pagan por sus recetas. Esto incluye lo que usted pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos que hayan hecho familiares o amigos, cualquier pago por sus medicamentos hecho por la Ayuda Adicional (Extra Help) de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, el Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP).
- Sus **costos totales de medicamentos**. Este es el total de todos los pagos hechos por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó el plan y lo que pagaron otros programas u organizaciones por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Cuando obtiene medicamentos a través de nuestro plan, le enviamos un resumen llamado *Explicación de beneficios*. Para abreviar, lo llamamos *Explicación de beneficios*. La *Explicación de beneficios* no es una factura. La *Explicación de beneficios* tiene más información sobre los medicamentos que toma. La *Explicación de beneficios* incluye:

- **Información del mes.** El resumen indica qué medicamentos obtuvo el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagó el plan y lo que pagaron usted y otras personas en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por 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 del medicamento desde la primera vez que se surtió cada reclamo de receta de la misma cantidad.
- **Alternativas de menor costo.** Cuando estén disponibles, información sobre otros medicamentos disponibles con un costo compartido más bajo para cada receta.

Ofrecemos cobertura de medicamentos que no cubre Medicare.

- Los pagos que se hacen por estos medicamentos no cuentan para sus costos totales de desembolso personal.
- Para saber qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte nuestra *Lista de medicamentos*.

B. Cómo llevar un registro de los costos de sus medicamentos

Para llevar un registro de los costos de sus medicamentos y de los pagos que usted hace, usamos los registros que recibimos de usted y de su farmacia. Así es como puede ayudarnos:

1. Use su tarjeta de identificación de afiliado.

Muestre su tarjeta de identificación de afiliado cada vez que surta una receta. Esto nos ayuda a saber qué recetas surte y cuánto paga.

2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.

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

Estos son ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos:

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usa una tarjeta de descuento que no forma parte del beneficio de nuestro plan.
- Cuando paga un copago por medicamentos que obtiene a través del programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos.
- Cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red.
- Cuando paga el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.

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

3. Envíenos información sobre los pagos que otras personas hacen por usted.

Los pagos que hacen ciertas otras personas y organizaciones también cuentan para sus costos de desembolso personal. Por ejemplo, los pagos que hacen un Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para sus costos de desembolso personal.

Esto puede ayudarle a calificar para la cobertura catastrófica. Cuando llega a la Etapa de cobertura catastrófica, nuestro plan paga todos los costos de sus medicamentos de Medicare Part D durante el resto del año.

4. Revise la Explicación de beneficios que le enviamos.

Cuando reciba una Explicación de beneficios por correo, asegúrese de que esté completa y sea correcta.

- **¿Reconoce el nombre de cada farmacia?** Revise las fechas. ¿Obtuvo medicamentos ese día?
- **¿Obtuvo los medicamentos que aparecen en la lista?** ¿Coinciden con los que aparecen en sus recibos? ¿Coinciden los medicamentos con lo que le recetó su médico?

B1. ¿Qué pasa si encuentra errores en este resumen?

Si algo en esta Explicación de beneficios es confuso o no parece correcto, llámenos al Departamento de Servicios para afiliados de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP).

B2. ¿Qué pasa si hay un posible fraude?

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

- Llámenos al Departamento de 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 denunciar un 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 falta, o si tiene alguna pregunta, llame a su coordinador de cuidado o al Departamento de Servicios para afiliados. Guarde estas Explicaciones de beneficios (EOB). Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

C. Etapas de pago de medicamentos de Medicare Part D

Hay dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos de Medicare Part D en nuestro plan. Cuánto paga por cada receta depende de su nivel de Ayuda Adicional (Extra Help) y de la etapa en la que se encuentre cuando surta o vuelva a surtir una receta. Estas son las dos etapas:

Etapa 1: Etapa de cobertura inicial	Etapa 2: Etapa de cobertura catastrófica
Durante esta etapa, nosotros pagamos una parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte. Su parte se llama copago. Usted comienza en esta etapa cuando surte su primera receta del año.	Durante esta etapa, nosotros pagamos todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2027. Usted comienza esta etapa cuando ha pagado una cierta cantidad de costos de desembolso personal.

D. Etapa 1: Etapa de cobertura inicial

Durante la Etapa de cobertura inicial, nosotros pagamos una parte del costo de sus medicamentos cubiertos y usted paga su parte. Su parte se llama copago. El copago depende del nivel de costo compartido en el que esté el medicamento y de dónde lo obtenga.

Los niveles de costo compartido son grupos de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento de la *Lista de medicamentos* de nuestro plan está en uno de 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto más

alto sea el número del nivel, más alto será el copago. Para saber en qué niveles de costo compartido están sus medicamentos, consulte nuestra *Lista de medicamentos*.

- Nivel de costo compartido 1 - Genérico preferido: medicamentos genéricos o de marca que están disponibles con el costo compartido más bajo de este plan. El copago es de **$0**.
- Nivel de costo compartido 2 - Genérico: medicamentos genéricos o de marca que el plan ofrece a un costo más alto para usted que los medicamentos del Nivel 1 Genérico preferido. El copago es de **$0**.
- Nivel de costo compartido 3 - Marca preferida: medicamentos genéricos o de marca que el plan ofrece a un costo más bajo para usted que los medicamentos del Nivel 4 Medicamento no preferido. El copago es de **$0-$14.40**, según sus ingresos.
- Nivel de costo compartido 4 - Medicamento no preferido: medicamentos genéricos o de marca que el plan ofrece a un costo más alto para usted que los medicamentos del Nivel 3 Marca preferida. El copago es de **$0-$14.40**, según sus ingresos.
- Nivel de costo compartido 5 - Nivel de especialidad: algunos medicamentos inyectables y otros medicamentos de alto costo. El copago es de **$0- $14.40**, según sus ingresos.

D1. Sus opciones de farmacias

Cuánto paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento de:

- 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* para saber cuándo lo hacemos.
- La farmacia de pedido por correo de nuestro 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. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) cuando surte su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 100 días.

Para obtener detalles 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

Durante la Etapa de cobertura inicial, es posible que pague un copago cada vez que surta una receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted paga el precio más bajo.

Comuníquese con el Departamento de Servicios para afiliados para saber cuánto es su copago por cualquier medicamento cubierto.

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

	Una farmacia de la red Un suministro para un mes o de hasta 100 días	**El servicio de pedido por correo de nuestro plan** Un suministro para un mes o de hasta 100 días	**Una farmacia de cuidado a largo plazo de la red** Un suministro de hasta 31 días	**Una farmacia fuera de la red*** Un suministro de hasta 30 días. La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para afiliados* para obtener detalles.
Nivel de costo compartido 1 Genérico preferido	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $0
Nivel de costo compartido 2 Genérico	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $0
Nivel de costo compartido 3 Marca preferida	Los copagos de los medicamentos pueden variar según el nivel de Ayuda Adicional (Extra Help) que reciba. Para medicamentos genéricos o de marca tratados como genéricos: $0, $1.65 o $5.80 Para medicamentos de marca: $0, $5 o $14.40	Los copagos de los medicamentos pueden variar según el nivel de Ayuda Adicional (Extra Help) que reciba. Para medicamentos genéricos o de marca tratados como genéricos: $0, $1.65 o $5.80 Para medicamentos de marca: $0, $5 o $14.40	Los copagos de los medicamentos pueden variar según el nivel de Ayuda Adicional (Extra Help) que reciba. Para medicamentos genéricos o de marca tratados como genéricos: $0, $1.65 o $5.80 Para medicamentos de marca: $0, $5 o $14.40	Los copagos de los medicamentos pueden variar según el nivel de Ayuda Adicional (Extra Help) que reciba. Para medicamentos genéricos o de marca tratados como genéricos: $0, $1.65 o $5.80 Para medicamentos de marca: $0, $5 o $14.40

	Una farmacia de la red Un suministro para un mes o de hasta 100 días	**El servicio de pedido por correo de nuestro plan** Un suministro para un mes o de hasta 100 días	**Una farmacia de cuidado a largo plazo de la red** Un suministro de hasta 31 días	**Una farmacia fuera de la red*** Un suministro de hasta 30 días. La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para afiliados* para obtener detalles.
Nivel de costo compartido 4 Medicamento no preferido	Los copagos de los medicamentos pueden variar según el nivel de Ayuda Adicional (Extra Help) que reciba. Para medicamentos genéricos o de marca tratados como genéricos: $0, $1.65 o $5.80 Para medicamentos de marca: $0, $5 o $14.40	Los copagos de los medicamentos pueden variar según el nivel de Ayuda Adicional (Extra Help) que reciba. Para medicamentos genéricos o de marca tratados como genéricos: $0, $1.65 o $5.80 Para medicamentos de marca: $0, $5 o $14.40	Los copagos de los medicamentos pueden variar según el nivel de Ayuda Adicional (Extra Help) que reciba. Para medicamentos genéricos o de marca tratados como genéricos: $0, $1.65 o $5.80 Para medicamentos de marca: $0, $5 o $14.40	Los copagos de los medicamentos pueden variar según el nivel de Ayuda Adicional (Extra Help) que reciba. Para medicamentos genéricos o de marca tratados como genéricos: $0, $1.65 o $5.80 Para medicamentos de marca: $0, $5 o $14.40

	Una farmacia de la red Un suministro para un mes o de hasta 100 días	**El servicio de pedido por correo de nuestro plan** Un suministro para un mes o de hasta 100 días	**Una farmacia de cuidado a largo plazo de la red** Un suministro de hasta 31 días	**Una farmacia fuera de la red*** Un suministro de hasta 30 días. La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para afiliados* para obtener detalles.
Nivel de costo compartido 5 Nivel de especialidad	Los copagos de los medicamentos pueden variar según el nivel de Ayuda Adicional (Extra Help) que reciba. Para medicamentos genéricos o de marca tratados como genéricos: $0, $1.65 o $5.80 Para medicamentos de marca: $0, $5 o $14.40	Los copagos de los medicamentos pueden variar según el nivel de Ayuda Adicional (Extra Help) que reciba. Para medicamentos genéricos o de marca tratados como genéricos: $0, $1.65 o $5.80 Para medicamentos de marca: $0, $5 o $14.40	Los copagos de los medicamentos pueden variar según el nivel de Ayuda Adicional (Extra Help) que reciba. Para medicamentos genéricos o de marca tratados como genéricos: $0, $1.65 o $5.80 Para medicamentos de marca: $0, $5 o $14.40	Los copagos de los medicamentos pueden variar según el nivel de Ayuda Adicional (Extra Help) que reciba. Para medicamentos genéricos o de marca tratados como genéricos: $0, $1.65 o $5.80 Para medicamentos de marca: $0, $5 o $14.40

*Usted paga el costo compartido dentro de la red (que aparece en la columna de costo compartido fuera de la red) más la diferencia entre el costo dentro de la red y el costo fuera de la red por los medicamentos con receta cubiertos que reciba de una farmacia que no pertenece a la red. **No hay un suministro a largo plazo disponible para los medicamentos del Nivel 5.**

Los costos de los medicamentos que se muestran son para los afiliados que califican para el programa de Ayuda Adicional (Extra Help) de Medicare. Si deja de recibir Ayuda Adicional (Extra Help), es posible que pague más por sus recetas. Recibirá una carta con los nuevos costos de sus medicamentos.

Para obtener información sobre qué farmacias pueden darle suministros a largo plazo, consulte nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

D4. Fin de la Etapa de cobertura inicial

La Etapa de cobertura inicial termina cuando sus costos totales de desembolso personal llegan a **$2,400**. En ese momento, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. Cubrimos todos los costos de sus medicamentos desde ese momento hasta el final del año.

Su Explicación de beneficios le ayuda a llevar un registro de cuánto ha pagado por sus medicamentos durante el año. Le avisaremos si llega al límite de **$2,400**. Muchas personas no llegan a este límite en un año.

E. Etapa 2: La Etapa de cobertura catastrófica

Cuando llega al límite de desembolso personal de **$2,400** para sus medicamentos, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. Usted permanece en la Etapa de cobertura catastrófica hasta el final del año calendario. Durante esta etapa, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

F. Los costos de sus medicamentos si su médico le receta un suministro menor que el de un mes completo

Por lo general, usted paga un copago para cubrir el suministro de un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetarle un suministro de medicamentos menor que el de un mes.

- Es posible que haya ocasiones en las que quiera pedirle a su médico que le recete un suministro de un medicamento menor que el de un mes (por ejemplo, cuando prueba un medicamento por primera vez).
- Si su médico está de acuerdo, usted no paga el suministro de un mes completo de ciertos medicamentos.
- Cuando obtiene un suministro de un medicamento menor que el de un mes, la cantidad que paga se basa en el número de días del medicamento que obtiene. Calculamos la cantidad que usted paga por día por su medicamento (la “tasa diaria de costo compartido”) y la multiplicamos por el número de días del medicamento que obtiene.

Este es un ejemplo: Supongamos que el copago de su medicamento por el 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 menos de $0.05 por día. Si obtiene un suministro del medicamento para siete días, su pago es de menos de $.05 por día multiplicado por siete días, para un pago total de menos de $0.35.

- El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento le funcione antes de pagar el suministro de un mes completo.
- También puede pedirle a su proveedor que le recete un suministro de un medicamento menor que el de un mes completo para ayudarle a:
  - Planificar mejor cuándo volver a surtir sus medicamentos,
  - Coordinar la repetición de sus recetas con otros medicamentos que toma, para que pueda ir menos veces a la farmacia.

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

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por Medicare Part B. Otras vacunas se consideran medicamentos de Medicare Part D. Puede encontrar estas vacunas en nuestra *Lista de medicamentos*. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de Medicare Part D para adultos sin costo para usted. Consulte la *Lista de medicamentos* de nuestro plan o comuníquese con el Departamento de Servicios para afiliados para obtener detalles sobre la cobertura y el costo compartido de vacunas específicas.

Nuestra cobertura de las vacunas de Medicare Part D tiene dos partes:

1. La primera parte es por el costo de la vacuna en sí.

2. La segunda parte es para el costo de administrarle la vacuna. Por ejemplo, a veces es posible que reciba la vacuna como una inyección que le pone su médico.

G1. Lo que debe saber antes de recibir una vacuna

Le recomendamos que llame a su coordinador de cuidado o al Departamento de Servicios para afiliados si planea recibir una vacuna.

- Podemos informarle cómo cubre nuestro plan su vacuna y explicarle su parte del costo
- Podemos indicarle cómo mantener sus costos bajos si usa farmacias y proveedores de la red. Las farmacias y los proveedores de la red aceptan trabajar con nuestro plan. Un proveedor de la red trabaja con nosotros para asegurarse de que usted no tenga costos por adelantado por una vacuna de Medicare Part D.

G2. Lo que usted paga por una vacuna cubierta por Medicare Part D

Lo que usted paga por una vacuna depende del tipo de vacuna (contra qué se le está vacunando).

- Algunas vacunas se consideran beneficios de salud en lugar de medicamentos. Estas vacunas están cubiertas sin costo para usted. Para obtener información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual para afiliados*.
- Otras vacunas se consideran medicamentos de Medicare Part D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan. Es posible que tenga que pagar un copago por las vacunas de Medicare Part D. Si una organización llamada **Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP)** recomienda la vacuna para adultos, entonces la vacuna no le costará nada.

Estas son tres formas comunes en las que podría recibir una vacuna de Medicare Part D.

1. Usted obtiene la vacuna de Medicare Part D y su inyección en una farmacia de la red.
    - Por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.
    - Por otras vacunas de la Parte D, usted paga un copago por la vacuna.

2. Usted obtiene la vacuna de Medicare Part D en el consultorio de su médico y su médico le pone la inyección.

- Usted no le paga nada al médico por la vacuna o le paga un copago.
- Nuestro plan paga el costo de ponerle la inyección.
- En esta situación, el consultorio del médico debe llamar a nuestro plan para que podamos asegurarnos de que sepan que usted no tiene que pagar nada o solo tiene que pagar un copago por la vacuna.

3. Usted obtiene el medicamento de la vacuna de Medicare Part D en una farmacia y lo lleva al consultorio de su médico para que le pongan la inyección.

- Por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada por la vacuna en sí.
- Por otras vacunas de la Parte D, usted no paga nada o paga un copago por la vacuna.
- Nuestro plan paga el costo de ponerle la inyección.

Capítulo 7: Cómo pedirnos que paguemos una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos

Introducción

Este capítulo le indica cómo y cuándo enviarnos una factura para pedir un pago. También le indica cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para afiliados*.

Índice

A. Cómo pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos. 164

B. Cómo enviarnos una solicitud de pago 167

C. Decisiones de cobertura 167

D. Apelaciones 168

A. Cómo pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos

No debería recibir una factura por servicios o medicamentos dentro de la red. Nuestros proveedores de la red deben facturarle al plan los servicios y medicamentos después de que usted 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. Les pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos a usted de cualquier cargo.

Si recibe una factura por cuidado de 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 que se le devuelva el dinero.
  - Si pagó servicios cubiertos por Medicare, le devolveremos el dinero.
  - Si pagó servicios cubiertos por Michigan Medicaid, nosotros no podemos devolverle el dinero, pero el proveedor sí lo hará. El Departamento de Servicios para afiliados o su coordinador de cuidado pueden ayudarle a comunicarse con el consultorio del proveedor. Consulte la parte inferior de la página para ver el número de teléfono del Departamento de Servicios para afiliados.
- Si no cubrimos los servicios o medicamentos, se lo informaremos.

Comuníquese con su coordinador de cuidado o con el Departamento de Servicios para afiliados si tiene alguna pregunta. Si recibe una factura y no sabe qué hacer con ella, podemos ayudarle. También puede llamar si quiere darnos información sobre una solicitud de pago que ya nos envió.

Algunos ejemplos de ocasiones en las que es posible que tenga que pedirnos que le devolvamos el dinero o que paguemos una factura que recibió incluyen:

1. Cuando recibe cuidado de salud de emergencia o que se necesita de urgencia de un proveedor fuera de la red

Pídale al proveedor que nos facture a nosotros.

- Si paga el monto total cuando recibe el cuidado, pídanos que le devolvamos el dinero. Envíenos la factura y un comprobante de cualquier pago que haya hecho.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pide un pago que usted cree que no debe. Envíenos la factura y un comprobante de cualquier pago que haya hecho.
  - Si se le debe pagar al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
  - Si ya pagó 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 a nosotros. Es importante que muestre su tarjeta de identificación de afiliado cuando reciba cualquier servicio o receta. Pero a veces cometen errores y le piden que pague sus servicios o más que su parte de los costos. **Llame a su coordinador de cuidado o al Departamento de 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 sus servicios, usted no es responsable de pagar ningún costo. Los proveedores no deberían facturarle nada por estos servicios.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema.
- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red por servicios cubiertos por Medicare, envíenos la factura y un comprobante de cualquier pago que haya hecho. Le devolveremos el dinero por sus servicios cubiertos.

3. Si su afiliación a nuestro plan es retroactiva

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

- Si su afiliación fue retroactiva y usted pagó una factura después de la fecha de afiliación, puede pedirnos que le devolvamos el dinero.
- Envíenos la factura y un comprobante de cualquier pago que haya hecho.

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

Si usa una farmacia fuera de la red, usted paga el costo total de su receta.

- Solo en algunos casos, cubriremos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le devolvamos el dinero por 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 devolvamos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y la cantidad que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando paga el costo total de una receta porque no tiene consigo su tarjeta de identificación de afiliado

Si no tiene consigo su tarjeta de identificación de afiliado de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP), puede pedirle a la farmacia que nos llame o que busque la información de afiliación a su plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información de inmediato, es posible que tenga que pagar usted mismo el costo total de la receta o regresar a la farmacia con su tarjeta de identificación de afiliado.
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le devolvamos el dinero por nuestra parte del costo.
- Es posible que no le devolvamos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado para la receta.

6. Cuando paga el costo total de una receta por un medicamento que no está cubierto

Es posible que pague el costo total de la receta porque el medicamento no está cubierto.

- Es posible que el medicamento no esté en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (*Lista de medicamentos*) de nuestro sitio web, o que tenga un requisito o una restricción que usted no conoce o que no cree que se aplique a usted. Si decide obtener el medicamento, es posible que tenga que pagar el costo total.
  - Si no paga el medicamento, pero cree que deberíamos cubrirlo, puede pedir 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 (en un plazo de 24 horas), puede pedir una decisión de cobertura rápida (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para afiliados*).
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le devolvamos el dinero. En algunos casos, es posible que necesitemos obtener más información de su médico u otro profesional que receta para devolverle el dinero por nuestra parte del costo del medicamento. Es posible que no le devolvamos el costo total que pagó si el precio que pagó es más alto que nuestro precio negociado para la receta.

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

Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. Para saber cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para afiliados*.

B. Cómo enviarnos una solicitud de pago

Envíenos su factura y un comprobante de cualquier pago que haya hecho por servicios de Medicare. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo del proveedor. **Es una buena idea hacer una copia de su factura y de sus recibos para sus registros.** Puede pedirle ayuda a su coordinador de cuidado. Debe enviarnos su información en un plazo de 365 días a partir de la fecha en que recibió el servicio o artículo médico de Medicare. Debe enviarnos su información en un plazo de 36 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento de farmacia de Medicare y/o de la Parte D. Debe enviarnos su información en un plazo de 365 días a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento cubierto por Michigan Medicaid.

Para asegurarse de darnos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamo para pedir el pago.

- No es obligatorio que use 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 al Departamento de Servicios para afiliados y pedir el formulario.

Envíe por correo su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo a esta 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 nuestro plan cubre su servicio, artículo o medicamento. También decidimos la cantidad de dinero, si corresponde, que usted debe pagar.

- Le informaremos si necesitamos más información de usted.
- Si decidimos que nuestro plan cubre el servicio, artículo o medicamento y usted siguió todas las reglas para obtenerlo, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya pagó el servicio o medicamento, le enviaremos por correo un cheque por nuestra parte del costo. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse la cantidad total que pagó (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.

El **Capítulo 3** de este *Manual para afiliados* explica las reglas para que sus servicios estén cubiertos. El **Capítulo 5** de este *Manual para afiliados* explica las reglas para que sus medicamentos de Medicare Part D estén cubiertos.

- Si decidimos no pagar nuestra parte del costo del servicio o medicamento, le enviaremos una carta con las razones. La carta también explica 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 cometimos un error al rechazar su solicitud de pago, puede pedirnos que cambiemos nuestra decisión. Esto se llama “presentar una apelación”. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la cantidad que pagamos.

El proceso formal de apelaciones 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 reembolso de un servicio de cuidado de salud, consulte la **Sección F**.
- Para presentar una apelación sobre el reembolso de un medicamento, consulte la **Sección G.**

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

Este capítulo incluye sus derechos y responsabilidades como afiliado de nuestro plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para afiliados*.

Índice

A. Su derecho a recibir servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades 169
B. Nuestra responsabilidad de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos 171
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información personal de salud (PHI) 172
C1. Cómo protegemos su PHI 172
C2. Su derecho a ver sus expedientes médicos 172
D. Nuestra responsabilidad de darle información 173
E. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente 174
F. Su derecho a dejar nuestro plan 174
G. Su derecho a tomar decisiones sobre su cuidado de salud 174
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones 174
G2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda si no puede tomar decisiones sobre su cuidado de salud por sí mismo 175
G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones 176
H. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones 176
H1. Qué hacer ante un trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos. 176
I. Sus responsabilidades como afiliado del plan 177

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

Debemos asegurarnos de que **todos** los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se le presten de una manera culturalmente competente y accesible, incluso para las personas con dominio limitado del inglés, con habilidades limitadas de lectura, con incapacidad auditiva o de diversos orígenes culturales y étnicos. También

debemos informarle sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que usted pueda entender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Usted tiene derecho a que lo traten con respeto y dignidad, y tiene derecho a la privacidad.
- Para obtener información de una manera que pueda entender, llame a su coordinador de cuidado o al Departamento de Servicios para afiliados. Nuestro plan tiene servicios de intérprete gratuitos disponibles para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede darle materiales en otros idiomas además del inglés y en formatos como letra de imprenta grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame al Departamento de 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 distinto del inglés y/o su formato alternativo para futuros envíos por correo y comunicaciones. No tendrá que hacer una solicitud por separado cada vez. Llame al Departamento de Servicios para afiliados si desea cambiar su solicitud permanente.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas de idioma o a una discapacidad y desea 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 en línea el Formulario de queja del beneficiario (Beneficiary Complaint Form, BCF) en www.michigan.gov/mdhhs/assistance-programs/healthcare/beneficiary-support/msa-0300-online-form. Al enviarlo en línea, se enviará un correo electrónico con su BCF a la Unidad de Apoyo a Beneficiarios (Beneficiary Support Unit).
  - 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 aparece 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 sobre este proceso, llame a la **Línea de Ayuda para Beneficiarios (Beneficiary HelpLine)** al **1-800-642-3195.**
- La **Michigan Office of Recipient Rights** (ORR) es una agencia estatal que investiga las denuncias de violaciones de los derechos establecidos por el Código de Salud Mental de Michigan (Michigan Mental Health Code).
  - Puede presentar una queja comunicándose con 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 queja sobre los derechos del destinatario (Recipient Rights Complaint form) y enviarlo por correo, fax o correo electrónico.

◦ 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 que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Usted tiene derechos como afiliado de nuestro plan.

- Usted tiene derecho a elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) de nuestra red. Un proveedor de la 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*.
  - ◦ Llame al Departamento de Servicios para afiliados o consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para obtener más información sobre los proveedores de la red y qué médicos aceptan pacientes nuevos.
- Usted tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer sin obtener un referido. Un referido es una aprobación de su PCP para usar un proveedor que no es su PCP.
- Usted tiene derecho a recibir servicios cubiertos de proveedores de la red dentro de un plazo razonable.
  - ◦ Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas.
  - ◦ Si no puede recibir servicios dentro de un plazo razonable, debemos pagar el cuidado fuera de la red.
- Usted tiene derecho a recibir servicios de emergencia o cuidado que se necesita de urgencia sin autorización previa (PA).
- Usted tiene derecho a surtir sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin grandes demoras.
- Usted tiene derecho a saber cuándo puede consultar a 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*.

El **Capítulo 9** de este *Manual para afiliados* le indica lo que puede hacer si cree que no está recibiendo sus servicios o medicamentos dentro de un plazo razonable. También le indica lo que puede hacer si le negamos la cobertura de sus servicios o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información personal de salud (PHI)

Protegemos su PHI según lo exigen las leyes federales y estatales.

Su PHI incluye la información personal que nos dio cuando se afilió a nuestro plan. También incluye sus expedientes médicos y otra información médica y de salud.

Usted tiene derechos en lo que respecta a su información y a controlar cómo se usa su PHI. Le damos un aviso por escrito que describe estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su PHI. El aviso se llama “Aviso de prácticas de privacidad”.

C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que ninguna persona no autorizada vea ni cambie sus expedientes.

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

A veces no necesitamos obtener primero su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o exigidas por la ley:

- Debemos divulgar la PHI a las agencias gubernamentales que verifican la calidad del cuidado de nuestro plan.
- Debemos divulgar la PHI por orden judicial.
- Debemos darle a Medicare su PHI, incluida la información sobre sus medicamentos de Medicare Part D. Si Medicare divulga su PHI para investigación u otros usos, lo hace de acuerdo con las leyes federales. Michigan Medicaid puede divulgar su información sin su permiso para fines de tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud, o cuando la ley lo exija.

C2. Su derecho a ver sus expedientes médicos

- Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos y a obtener una copia de ellos. Es posible que le cobremos un cargo por hacer una copia de sus expedientes médicos.
- Usted tiene derecho a pedirnos que actualicemos o corrijamos sus expedientes médicos. Si nos pide que lo hagamos, trabajaremos con su proveedor de cuidado de salud para decidir si se deben hacer cambios.
- Usted tiene derecho a saber si compartimos su PHI con otros para cualquier propósito que no sea de rutina, y cómo lo hacemos.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su PHI, llame al Departamento de Servicios para afiliados.

D. Nuestra responsabilidad de darle información

Como afiliado de nuestro plan, usted tiene derecho a recibir información de nosotros sobre nuestro plan, nuestros proveedores de la red y sus servicios cubiertos. Si no habla inglés, tenemos servicios de intérprete para responder las preguntas que tenga sobre nuestro plan de salud. Para obtener un intérprete, simplemente llame al Departamento de Servicios para afiliados. Este servicio es gratuito para usted. Puede comunicarse con el Departamento de Servicios para afiliados para solicitar materiales del plan en cualquier idioma. Tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado podría contestar su llamada fuera del horario de atención, durante los fines de semana y los días feriados. Deje su nombre y número de teléfono, y le devolveremos la llamada a más tardar al final del siguiente día hábil. Visite **MyHumana.com** para tener acceso las 24 horas a información como el historial de reclamos, la elegibilidad y la *Lista de medicamentos* de Humana. Allí también puede usar el buscador de médicos y obtener noticias e información sobre la salud. También podemos darle información en letra de imprenta grande, braille o audio. Puede solicitar formatos alternativos llamando al Departamento de Servicios para afiliados.

Si desea información sobre cualquiera de los siguientes temas, llame al Departamento de Servicios para afiliados:

- Cómo elegir o cambiar de plan
- Nuestro plan, incluidos:
  - la información financiera
  - cómo nos han calificado los afiliados del plan
  - el número de apelaciones presentadas por los afiliados
  - cómo dejar el plan
- Los proveedores de nuestra red y las farmacias de nuestra red, incluidos:
  - cómo elegir o cambiar de proveedor de cuidado primario
  - las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red
  - cómo pagamos a los proveedores de nuestra red
- Los servicios y medicamentos cubiertos, incluidos:
  - los servicios (consulte los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual para afiliados*) y los medicamentos (consulte los **Capítulos 5 y 6** de este *Manual para afiliados*) que cubre el plan
  - los límites de su cobertura y de sus medicamentos
  - las reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos
- Por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para afiliados*), incluido pedirnos que:
  - expliquemos por escrito por qué algo no está cubierto
  - cambiemos una decisión que tomamos

- paguemos una factura que usted recibió

E. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente

Los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden hacerle pagar por los servicios cubiertos. Tampoco pueden hacerle una facturación del saldo ni cobrarle si pagamos menos de la cantidad que cobró el proveedor. Para saber qué hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle por servicios cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para afiliados*.

F. Su derecho a dejar nuestro plan

Nadie puede obligarlo a permanecer en nuestro plan si usted no lo desea.

- Usted tiene derecho a recibir la mayoría de sus servicios de cuidado de salud a través de Medicare Original o de otro plan Medicare Advantage (MA).
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos de Medicare Part D 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 afiliarse a un nuevo plan MA o plan de beneficios de medicamentos.
  - Para obtener información sobre cómo recibirá sus beneficios de Michigan Medicaid si deja nuestro plan.

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su cuidado de salud

Usted tiene derecho a recibir información completa de sus médicos y otros proveedores de cuidado de salud para ayudarle a tomar decisiones sobre su cuidado de salud.

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

Sus proveedores deben explicarle su afección y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda entender. Usted tiene derecho a:

- **Conocer sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo que implique. Debemos informarle por adelantado si algún servicio o tratamiento forma parte de un experimento de investigación. Usted tiene derecho a rechazar los tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda opinión.** Usted tiene derecho a consultar a otro médico antes de decidir sobre un tratamiento.

- **Decir que no.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a salir de un hospital o de otro centro médico, aunque su médico le aconseje no hacerlo. Usted tiene derecho a dejar de tomar un medicamento recetado. Si rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento recetado, no lo daremos de baja de nuestro plan. Sin embargo, si rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted acepta toda la responsabilidad de lo que le suceda.
- **Pedirnos que le expliquemos por qué un proveedor le negó cuidado.** Usted tiene derecho a recibir de nosotros una explicación si un proveedor le negó un cuidado que usted cree que debería recibir.
- **Pedirnos que cubramos un servicio o medicamento que negamos o que normalmente no cubrimos.** Esto se llama decisión de cobertura. El **Capítulo 9** de este *Manual para afiliados* le indica cómo pedirnos una decisión de cobertura.
- Una conversación franca sobre las opciones de tratamiento apropiadas o médicamente necesarias para sus afecciones, independientemente del costo o de la cobertura de beneficios.

G2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda si no puede tomar decisiones sobre su cuidado de salud por sí mismo

En Michigan, usted puede crear un documento legal llamado **poder notarial duradero para el cuidado de salud (Durable Power of Attorney for Health Care, DPOA-HC).** Este documento le permite nombrar a un **defensor del paciente (patient advocate)** que puede tomar decisiones médicas por usted si queda incapacitado y no puede tomar sus propias decisiones. El DPOA-HC puede incluir una “instrucción anticipada” como se describe a continuación.

A veces las personas no pueden tomar decisiones sobre su cuidado de salud por sí mismas. Antes de que eso le suceda a usted, puede:

- Llenar un formulario por escrito **para darle a alguien el derecho de tomar decisiones sobre su cuidado de salud por usted si alguna vez no puede tomar decisiones por sí mismo.**
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo manejar su cuidado de salud si usted no puede tomar decisiones por sí mismo, incluido el cuidado que **no** desea.

El documento legal que usa para dar sus instrucciones se llama “instrucción anticipada”. Hay diferentes tipos de instrucciones anticipadas y diferentes nombres para ellas. Algunos ejemplos son el testamento vital y el poder notarial para el cuidado de salud.

No está obligado a tener una instrucción anticipada, pero puede tenerla. Esto es lo que debe hacer si desea usar una instrucción anticipada:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de su médico, un abogado, un trabajador social o algunas tiendas de artículos de oficina. Las farmacias y los consultorios de los proveedores a menudo tienen los formularios. Puede encontrar un formulario gratuito en internet y descargarlo. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para afiliados para pedir los formularios.
- **Llene el formulario y fírmelo.** El formulario es un documento legal. Considere pedirle a un abogado o a otra persona de su confianza, como un familiar o su PCP, que le ayude a completarlo.

- **Dé copias del formulario a las personas que necesitan saberlo.** Entregue una copia del formulario a su médico. También debe darle una copia a la persona que nombre para tomar decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Es posible que quiera dar copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en su casa.
- Si lo van a hospitalizar y tiene una instrucción anticipada firmada, **lleve una copia al hospital.**
  - En el hospital le preguntarán si tiene un formulario de instrucción anticipada firmado y si lo tiene con usted.
  - Si no tiene un formulario de instrucción anticipada firmado, el hospital tiene formularios y le preguntará si desea firmar uno.

Usted tiene derecho a:

- Que su instrucción anticipada se incluya en sus expedientes médicos.
- Cambiar o cancelar su instrucción anticipada en cualquier momento.

Por ley, nadie puede negarle cuidado ni discriminarlo según si firmó o no una instrucción anticipada. Llame al Departamento de Servicios para afiliados para obtener más información.

G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones

Si firmó una instrucción anticipada y cree que un médico o un hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante el Michigan Department of Licensing and Regulatory Affairs, Bureau of Community and Health Systems al 1-800-882-6006.

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

El **Capítulo 9** de este *Manual para afiliados* le indica lo que puede hacer si tiene algún problema o inquietud sobre sus servicios cubiertos o su cuidado. Por ejemplo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja.

Usted tiene derecho a recibir información sobre las apelaciones y quejas que otros afiliados del plan hayan presentado en contra de nosotros. Llame al Departamento de Servicios para afiliados para obtener esta información.

H1. Qué hacer ante un trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos

Si cree que lo tratamos injustamente –y **no** se trata de discriminación por los motivos que se indican en el **Capítulo 11** de este *Manual para afiliados*– o si desea obtener más información sobre sus derechos, puede llamar a:

- Departamento de Servicios para afiliados
- El programa MI Options al 1-800-803-7174 (TTY 711). Para obtener más información sobre 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 “Medicare Rights & Protections”, 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 (Medicaid Customer Help) - MSA/MDHHS al 1-800-642-3195. Solo para llamadas desde Michigan, llame al 1-800-642-3195.
- Usted tiene derecho a hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de los afiliados de la organización.

No recompensamos a los proveedores ni a nuestro propio personal por negar la cobertura o los servicios. No ofrecemos a nuestro personal recompensas económicas que afecten sus decisiones. No negamos ni limitamos la cantidad, la duración ni el alcance del servicio solamente debido al diagnóstico o al tipo de enfermedad o afección. Ningún incentivo económico para quienes toman las decisiones fomenta decisiones que resulten en una subutilización de los servicios.

I. Sus responsabilidades como afiliado del plan

Como afiliado del plan, usted tiene la responsabilidad de hacer lo que se indica a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para afiliados.

- **Lea este *Manual para afiliados*** para saber lo que cubre nuestro plan y las reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener detalles sobre sus:
  - Servicios cubiertos, consulte los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual para afiliados*. Esos capítulos le indican lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las reglas que debe seguir y lo que usted paga.
  - Medicamentos cubiertos, consulte el **Capítulo 5 y el Capítulo 6** de este *Manual para afiliados*.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos** que tenga**.** Debemos asegurarnos de que usted use todas sus opciones de cobertura cuando reciba cuidado de salud. Llame al Departamento de Servicios para afiliados si tiene otra cobertura.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de cuidado de salud** que usted es afiliado de nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación de afiliado cuando reciba servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y a otros proveedores de cuidado de salud a darle el mejor cuidado.
  - Deles la información que necesitan sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus proveedores acuerden.
  - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores sepan de todos los medicamentos que toma. Esto incluye medicamentos con receta, medicamentos de venta sin receta, vitaminas y suplementos.
  - Haga todas las preguntas que tenga. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.

- **Sea considerado.** Esperamos que todos los afiliados del plan respeten los derechos de los demás. También esperamos que usted actúe con respeto en el consultorio de su médico, en los hospitales y en los consultorios de otros proveedores.
- **Pague lo que debe.** Como afiliado del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - primas de Medicare Part A y Medicare Part B. Para la mayoría de los afiliados de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP), Medicaid paga su prima de Medicare Part A y su prima de Medicare Part B.
  - Para algunos de sus medicamentos cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar su parte del costo cuando reciba el medicamento. Esta será un copago. El **Capítulo 6** de este *Manual para afiliados* le indica lo que debe pagar por sus medicamentos.
  - **Si recibe algún servicio o medicamento que nuestro plan no cubre, usted debe pagar el costo total.**
    (**Nota:** si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** para saber cómo presentar una apelación).
- **Infórmenos si se muda.** Si piensa mudarse, infórmenos de inmediato. Llame al Departamento de Servicios para afiliados.
  - **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no puede permanecer en nuestro plan.** Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden ser afiliados de este plan. El **Capítulo 1** de este *Manual para afiliados* le informa sobre nuestra área de servicio.
  - Podemos ayudarle a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Durante un período de inscripción especial, puede cambiarse a Medicare Original o afiliarse a un plan de salud o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación. Podemos decirle si tenemos un plan en su nueva área.
  - Cuando se mude, informe su nueva dirección a Medicare y a Michigan Medicaid. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para afiliados* para ver los números de teléfono de Medicare y de Michigan Medicaid.
  - **Si se muda y permanece en nuestra área de servicio, de todos modos necesitamos saberlo.** Necesitamos mantener actualizado su registro de afiliación y saber cómo comunicarnos con usted.
  - **Si se muda, informe al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación Ferroviaria)**.
- **Llame al Departamento de 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

Este capítulo contiene información sobre sus derechos. Lea este capítulo para saber qué hacer si:

- Tiene un problema o una queja sobre nuestro plan.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que nuestro plan dijo que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que nuestro plan tomó sobre su cuidado.
- Cree que nuestros servicios cubiertos terminan demasiado pronto.

Este capítulo está dividido en diferentes secciones para ayudarle a encontrar fácilmente lo que busca. **Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes de este capítulo que correspondan a su situación.**

Usted debe recibir el cuidado de salud, los medicamentos, los servicios y apoyos a largo plazo, y otros servicios y apoyos que su médico y otros proveedores determinen que son necesarios para su cuidado como parte de su plan de cuidado. Primero debe intentar trabajar con sus proveedores y con Humana Dual Integrated (HMO D-SNP). **Si todavía tiene un problema con su cuidado o con nuestro plan, puede llamar al MI Community, Home, and Health Ombudsman (MI CHHO) al 1-888-746-6456.** Este capítulo explica las distintas opciones que tiene para distintos problemas y quejas, pero siempre puede llamar al MI CHHO para que le ayude a resolver su problema. Para obtener recursos adicionales para atender sus inquietudes y las formas de comunicarse con ellos, consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre los programas de ombudsman.

Índice

A. Qué hacer si tiene un problema o una inquietud 182
A1. Acerca de los términos legales 182
B. Dónde obtener ayuda 182
B1. Para obtener más información y ayuda 182
C. Cómo entender las quejas y apelaciones de Medicare y de Michigan Medicaid en nuestro plan. 183
D. Problemas con sus beneficios 183
E. Decisiones de cobertura y apelaciones 184
E1. Decisiones de cobertura 184
E2. Apelaciones 184
E3. Ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones 185

E4. Qué sección de este capítulo puede ayudarle 186

F. Cuidado médico 186

F1. Cómo usar esta sección 186

F2. Cómo pedir una decisión de cobertura 187

F3. Cómo presentar una apelación de nivel 1 189

F4. Cómo presentar una apelación de nivel 2 192

F5: Problemas de pago 195

G. Medicamentos de Medicare Part D 196

G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de Medicare Part D 196

G2. Excepciones de Medicare Part D 198

G3. Cosas importantes que debe saber sobre cómo pedir una excepción 199

G4. Cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción 200

G5. Cómo presentar una apelación de nivel 1 202

G6. Cómo presentar una apelación de nivel 2 204

H. Cómo pedirnos que cubramos una estadía más larga en el hospital 205

H1. Cómo conocer sus derechos de Medicare 205

H2. Cómo presentar una apelación de nivel 1 206

H3. Cómo presentar una apelación de nivel 2 208

I. Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos 209

I1. Aviso por adelantado antes de que termine su cobertura 209

I2. Cómo presentar una apelación de nivel 1 209

I3. Cómo presentar una apelación de nivel 2 211

J. Cómo llevar su apelación más allá del nivel 2 212

J1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare 212

J2. Apelaciones adicionales de Michigan Medicaid 213

J3. Apelaciones de niveles 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de Medicare Part D 213

K. Cómo presentar una queja 214

K1. Qué tipos de problemas deben ser quejas 214

K2. Quejas internas 216

K3. Quejas externas 218

A. Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica cómo manejar problemas e inquietudes. El proceso que usted usa depende del tipo de problema que tenga. Use un proceso para las **decisiones de cobertura y apelaciones** y otro para **presentar quejas** (también llamadas quejas formales).

Para garantizar la imparcialidad y la rapidez, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que nosotros y 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, cuando podemos, usamos palabras más sencillas en lugar de ciertos términos legales. Usamos abreviaturas lo menos posible.

Por ejemplo, decimos:

- "Presentar una queja" en lugar de "interponer 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) en lugar de "Entidad de revisión independiente" (IRE)

Conocer los términos legales correctos puede ayudarle a comunicarse con más claridad, por eso también los incluimos.

B. Dónde obtener ayuda

B1. Para obtener más información y ayuda

A veces es confuso iniciar o seguir el proceso para resolver un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o tiene poca energía. Otras veces, es posible que no tenga la información que necesita para dar el siguiente paso.

Ayuda de nuestro plan

Puede llamar a nuestro plan al número que aparece en la parte inferior de esta página para obtener ayuda para resolver un problema o para que respondan sus preguntas.

Ayuda de MI Options

Puede llamar a MI Options al 1-800-803-7174.

También puede consultar su sitio web en www.michigan.gov/MDHHSMIOptions. Los consejeros de MI Options pueden responder sus preguntas y ayudarle a entender qué hacer con su problema. MI Options no tiene

relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. MI Options tiene consejeros capacitados en todos los condados, y los servicios son gratuitos.

Ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda, puede comunicarse con Medicare. Estas son dos formas de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Ayuda e información de Michigan Medicaid

Puede llamar a la Línea de Ayuda para Beneficiarios (Beneficiary Help Line) al 1-800-642-3195, de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes (excepto días feriados), o enviar un correo electrónico a beneficiarysupport@michigan.gov. El sitio web de Apoyo a Beneficiarios (Beneficiary Support) se encuentra en https://www.michigan.gov/mdhhs/assistance-programs/medicaid/portalhome/beneficiaries/support.

C. Cómo entender las quejas y apelaciones de Medicare y de Michigan Medicaid en nuestro plan

Usted tiene Medicare y Michigan Medicaid. La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y de Michigan Medicaid. A esto a veces se le llama un “proceso integrado” porque combina, o integra, los procesos de Medicare y de Michigan Medicaid.

A veces los procesos de Medicare y de Michigan Medicaid no se pueden combinar. En esas situaciones, usted usa un proceso para un beneficio de Medicare y otro proceso para un beneficio de Michigan Medicaid. La **Sección F4** explica estas situaciones.

D. Problemas con sus beneficios

Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes de este capítulo que correspondan a su situación. La siguiente tabla le ayuda a encontrar la sección correcta de este capítulo para problemas o quejas.

¿Su problema o inquietud es sobre sus beneficios o su cobertura? Esto incluye problemas sobre si cierto cuidado médico (artículos médicos, servicios, apoyos y servicios a largo plazo y/o medicamentos de la Parte B) está cubierto o no, la forma en que está cubierto y problemas sobre el pago del cuidado médico.	
Sí. Mi problema es sobre beneficios o cobertura. Consulte la **Sección E**, “Decisiones de cobertura y apelaciones”.	**No.** Mi problema no es sobre beneficios ni cobertura. Consulte la **Sección K**, “Cómo presentar una queja”.

E. Decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para pedir una decisión de cobertura y presentar una apelación se ocupa de los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su cuidado médico (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, en general nos referimos a los artículos médicos, los servicios y los medicamentos de la Parte B como **cuidado médico**. Usted puede usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones para asuntos como si algo está cubierto o no y la forma en que algo está cubierto.

NOTA: Los servicios especializados de salud del comportamiento de Medicaid están cubiertos por el Plan de salud prepagado para pacientes internados (PIHP). Esto incluye los servicios y apoyos de salud mental, de discapacidad intelectual/del desarrollo y de trastorno por consumo de sustancias. Si el PIHP toma una decisión de cobertura y usted no está de acuerdo con ella, debe presentar una apelación ante el PIHP. La información sobre el PIHP de su área se encuentra en el **Capítulo 4** de este *Manual para afiliados*.

E1. Decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, si el proveedor de la red de su plan lo refiere 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 usted recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o que el servicio referido nunca esté cubierto bajo ninguna condición (consulte el **Capítulo 4, Sección H** de este *Manual para afiliados*).

Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y pedir una decisión de cobertura. Es posible que usted o su médico no estén seguros de si cubrimos un servicio médico específico o de si podríamos negarnos a proporcionar el cuidado médico que usted cree que necesita. **Si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.**

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podemos decidir que Medicare o Michigan Medicaid no cubre un servicio o medicamento, o que ya no lo cubre para usted. 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. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que tomamos.

Cuando apela una decisión por primera vez, se llama apelación de nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para comprobar si seguimos todas las reglas correctamente. Su apelación la manejan revisores distintos de los que tomaron la decisión desfavorable original.

Cuando terminamos la revisión, le damos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que se explican más adelante en este capítulo, puede pedir una “decisión de cobertura rápida” o acelerada, o una “apelación rápida” de una decisión de cobertura.

Si le decimos que **No** a una parte o a la totalidad de lo que pidió, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un cuidado médico de Medicare, la carta le indicará que enviamos su caso a la Organización de revisión independiente (IRO) para una apelación de nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare Part D o de Medicaid, la carta le indicará cómo presentar usted mismo una apelación de nivel 2. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre las apelaciones de nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, la carta le dará información sobre ambos tipos de apelaciones de nivel 2.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de nivel 2, es posible que pueda pasar por niveles adicionales de apelación.

E3. Ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones

Puede pedir ayuda a cualquiera de los siguientes:

- Llame a su **coordinador de cuidado** al 855-281-6070.
- **Departamento de Servicios para afiliados** a los números que aparecen en 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 local de MI Options en su área, visite www.michigan.gov/MDHHSMIOptions.
- Llame al **MI Community, Home, and Health Ombudsman (MI CHHO)** para obtener ayuda gratuita. El MI CHHO puede ayudarle con preguntas o problemas sobre el programa MI Coordinated Health (MICH) o sobre nuestro plan. El MI CHHO es un programa independiente y no tiene relación con este plan. El número de teléfono es 1-888-746-6456.
- **Su médico u otro proveedor.** Su médico u otro proveedor puede pedir una decisión de cobertura o una apelación en su nombre.
- **Un amigo o familiar.** Puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” y pida una decisión de cobertura o presente una apelación.
- **Un abogado**. Usted tiene derecho a un abogado, pero **no está obligado a tener un abogado** para pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Llame a su propio abogado u obtenga el nombre de un abogado en el colegio de abogados local u otro servicio de referidos. Algunos grupos legales le darán servicios legales gratuitos si usted califica.
- **Programa del Ombudsman de cuidado a largo plazo de Michigan (MLTCOP)**: el MLTCOP se esfuerza por mejorar la calidad del cuidado y la calidad de vida de los residentes que viven en hogares para personas de la tercera edad (nursing homes), hogares para personas mayores (homes for the aged) y hogares de acogida para adultos (adult foster care homes). El MLTCOP incluye tanto al Ombudsman estatal y su personal como a una red de ombudsman locales a quienes el programa del

Ombudsman estatal capacita, designa y supervisa. Para comunicarse con un ombudsman local de su área, llame al 866-485-9393 o envíenos un correo electrónico a través de mltcop.org/contact.

Complete el formulario de Nombramiento de representante si desea que un abogado u otra persona actúe como su representante. El formulario le da permiso a alguien para actuar en su nombre.

Llame al Departamento de Servicios para afiliados a los números que aparecen en la parte inferior de la página y pida el formulario de "Nombramiento de representante". También puede obtener el formulario en 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 reglas y plazos diferentes. Damos los detalles de cada una en una sección aparte de este capítulo. Consulte la sección que corresponda:

- **Sección F**, "Cuidado médico"
- **Sección G,** "Medicamentos de Medicare Part D"
- **Sección H**, "Cómo pedirnos que cubramos una estadía más larga en el hospital"
- **Sección I**, "Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos" (Esta sección solo se aplica a estos servicios: cuidado de salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada y servicios de un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF]).

Si no está seguro de qué sección usar, llame al Departamento de Servicios para afiliados a los números que aparecen en la parte inferior de la página.

F. Cuidado médico

Esta sección explica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de cuidado médico o si desea que le devolvamos el dinero de su cuidado.

Esta sección trata sobre sus beneficios de cuidado médico que se describen en la Tabla de beneficios del **Capítulo 4** de este *Manual para afiliados*. En algunos casos, pueden aplicarse reglas diferentes a un medicamento de Medicare Part B. Cuando es así, explicamos en qué se diferencian las reglas para los medicamentos de Medicare Part B de las reglas para los servicios y artículos médicos.

F1. Cómo usar esta sección

Esta sección explica lo que puede hacer en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. Cree que cubrimos un cuidado médico que necesita, pero no lo está recibiendo.

   Lo que puede hacer: Puede pedirnos 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 salud quiere darle, y usted cree que deberíamos aprobarlo.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión. Consulte la **Sección F3**.

3. Recibió cuidado médico que cree que cubrimos, pero no lo pagaremos.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección F5**.

4. Recibió y pagó un cuidado médico que creía que cubríamos, y desea que le devolvamos el dinero.

Lo que puede hacer: Puede pedirnos que le devolvamos el dinero. Consulte la **Sección F5**.

5. Redujimos o suspendimos su cobertura de cierto cuidado médico, y usted cree que nuestra decisión podría perjudicar su salud.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o suspender el cuidado médico. Consulte la **Sección F4**.

- Si la cobertura es de cuidado en el hospital, cuidado de salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios de 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 la reducción o suspensión de su cobertura de cierto cuidado médico, use esta sección (**Sección F**) como guía.

F2. Cómo pedir una decisión de cobertura

Cuando una decisión de cobertura tiene que ver con su cuidado médico, se llama **determinación integrada de la organización**.

Usted, su médico o su representante pueden pedirnos una decisión de cobertura de las siguientes maneras:

- Por teléfono: 855-281-6070, TTY: 711.
- Por fax: 888-889-9934.
- Por escrito: PO Box 14359 Lexington, KY 40512-4359.

Decisión de cobertura estándar

Cuando le damos nuestra decisión, usamos los plazos “estándar”, a menos que aceptemos usar los plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que le damos una respuesta dentro de:

- **siete días calendario** después de que recibamos su solicitud **de un servicio o artículo médico que esté sujeto a nuestras reglas de autorización previa.**
- **14 días calendario** después de recibir su solicitud **para todos los demás servicios o artículos médicos.**
- **72 horas** después de que recibamos su solicitud **de un medicamento de Medicare Part B.**

Para un artículo o servicio médico, podemos tomar hasta 14 días calendario más si usted pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo (como expedientes médicos de proveedores fuera de la red). Si tomamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. **No podemos tomar días adicionales si su solicitud es de un medicamento de Medicare Part B.**

Si cree que **no deberíamos** tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta a su queja dentro de 24 horas. El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K.**

Decisión de cobertura rápida

El término legal para decisión de cobertura rápida es **determinación acelerada**.

Cuando nos pida que tomemos una decisión de cobertura sobre su cuidado médico y su salud requiera una respuesta rápida, pídanos que tomemos una "decisión de cobertura rápida". Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta dentro de:

- **72 horas** después de que recibamos su solicitud de un servicio o artículo médico.
- **24 horas** después de que recibamos su solicitud de un medicamento de Medicare Part B.

Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir con dos requisitos:

- Está pidiendo cobertura de artículos y/o servicios médicos que **no recibió**. No puede pedir una decisión de cobertura rápida sobre el pago de artículos o servicios que ya recibió.
- Usar los plazos estándar **podría causar un daño grave a su salud** o perjudicar su capacidad para desenvolverse.

Le damos automáticamente una decisión de cobertura rápida si su médico nos dice que su salud lo requiere. Si usted la pide sin el apoyo de su médico, nosotros decidimos si recibe una decisión de cobertura rápida.

- Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviamos una carta que lo indica y, en su lugar, usamos los plazos estándar. La carta le indica:
  - Que le damos automáticamente una decisión de cobertura rápida si su médico la pide.
  - Cómo puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si le decimos que No a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta en la que le explicamos los motivos.

- Si le decimos que **No**, usted tiene derecho a presentar una apelación. Si cree que cometimos un error, presentar una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos nuestra decisión y la cambiemos.
- Si decide presentar una apelación, pasará al nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la **Sección F3**).

En circunstancias limitadas, podemos desestimar su solicitud de una decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud son:

- si la solicitud está incompleta,
- si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo, **o**
- si usted pide que se retire su solicitud.

Si desestimamos una solicitud de una decisión de cobertura, le enviaremos un aviso en el que le explicaremos por qué se desestimó la solicitud y cómo pedir una revisión de la desestimación. Esta revisión se llama apelación. Las apelaciones se tratan en la siguiente sección.

F3. Cómo presentar una apelación de nivel 1

Para iniciar una apelación relacionada con un servicio o artículo denegado, o para continuar un servicio o artículo que ya está recibiendo, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros. Llámenos al 855-281-6070.

Pida una apelación estándar o una apelación rápida por escrito o llamándonos al 855-281-6070.

- Si su médico u otro profesional que receta pide continuar un servicio o artículo que usted ya está recibiendo durante su apelación, es posible que tenga que nombrarlo como su representante para que actúe en su nombre.
- Si una persona que no es su médico presenta la apelación por usted, incluya un formulario de Nombramiento de representante que autorice a esta persona a representarlo. Puede obtener el formulario en 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 recibimos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación:
  - Desestimamos su solicitud, y
  - Le enviamos un aviso por escrito en el que le explicamos su derecho a pedirle a la IRO que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- Debe pedir una apelación dentro de 65 días calendario a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.

- Si no cumple con el plazo y tiene un buen motivo para no haberlo cumplido, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de buenos motivos son que usted tuvo una enfermedad grave o que le dimos información incorrecta sobre el plazo. Cuando presente su apelación, explique el motivo por el que su apelación se presenta tarde.
- Usted tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden darnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, pida una apelación rápida.

El término legal para “apelación rápida” es **“reconsideración acelerada”.**

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de un cuidado, usted y/o su médico deciden si necesita una apelación rápida.

Le damos automáticamente una apelación rápida si su médico nos dice que su salud lo requiere. Si usted la pide sin el apoyo de su médico, nosotros decidimos si recibe una apelación rápida.

- Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para una apelación rápida, le enviamos una carta que lo indica y, en su lugar, usamos los plazos estándar. La carta le indica:
  - Que le damos automáticamente una apelación rápida si su médico la pide.
  - 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 presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si le informamos que vamos a suspender o reducir servicios o artículos que usted ya recibe, es posible que pueda seguir recibiendo esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que usted recibe, le enviamos un aviso antes de tomar medidas.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación de nivel 1.
- Seguimos cubriendo el servicio o artículo si usted pide una apelación de nivel 1 dentro de diez días calendario a partir de la fecha de nuestra carta o a más tardar en la fecha de entrada en vigor prevista de la medida, lo que ocurra más tarde.
  - Si cumple con este plazo, recibirá el servicio o artículo sin cambios mientras su apelación de nivel 1 esté pendiente.
  - También recibirá todos los demás servicios o artículos (que no sean objeto 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, volvemos a revisar cuidadosamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de cuidado médico.
- Comprobamos si seguimos todas las reglas cuando le dijimos que **No** a su solicitud.
- Reunimos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Hay plazos para una apelación rápida.

- Cuando usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de 72 horas después de recibir su apelación.** Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere. Si denegamos una apelación rápida, le daremos a usted, a su médico, al profesional que receta o a su representante una confirmación verbal de la denegación.
- Si usted pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es de un artículo o servicio médico.
  - Si necesitamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informamos por escrito.
  - Si su solicitud es para un medicamento de Medicare Part B, no podemos tomar tiempo adicional para tomar la decisión.
  - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas o al final de los días adicionales que tomamos, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, una IRO la revisa. La IRO le notificará por escrito cuando reciba su apelación. Más adelante en este capítulo, le informamos sobre esta organización y le explicamos el proceso de apelación de nivel 2. Si su problema se relaciona con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, usted mismo puede presentar una solicitud de nivel 2 – Audiencia imparcial estatal en cuanto se termine el plazo. En Michigan, las Audiencias imparciales las realiza la Oficina de Audiencias y Reglas Administrativas de Michigan (MOAHR).
- **Si le decimos que Sí a una parte o a la totalidad de su solicitud,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si le decimos que No a una parte o a la totalidad de su solicitud,** enviamos su apelación a la IRO para una apelación de nivel 2.

Hay plazos para una apelación estándar.

- Cuando usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación sobre la cobertura de servicios que no recibió.
- Si su solicitud es para un medicamento de Medicare Part B que no recibió, le damos nuestra respuesta **en un plazo de siete 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 beneficiarlo, **podemos tomar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es de un artículo o servicio médico.
  - Si necesitamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informamos por escrito.

- Si su solicitud es para un medicamento de Medicare Part B, no podemos tomar tiempo adicional para tomar la decisión.
- Si usted cree que **no deberíamos** tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K.**
- Si no le damos una respuesta a más tardar en la fecha límite o al final de los días adicionales que tomamos, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, una IRO la revisa. La IRO le notificará por escrito cuando reciba su apelación. Más adelante en este capítulo, le informamos sobre esta organización y le explicamos el proceso de apelación de nivel 2. Si su problema se relaciona con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, usted mismo puede presentar una solicitud de nivel 2 – Audiencia imparcial estatal en cuanto se termine el plazo.

  En Michigan, las Audiencias imparciales las realiza la Oficina de Audiencias y Reglas Administrativas de Michigan (MOAHR).

Si le decimos que Sí a una parte o a la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar en un plazo de 30 días calendario, o **en un plazo de siete días calendario** si su solicitud es de un medicamento de Medicare Part B, después de recibir su apelación.

Si le decimos que **No** a una parte o a la totalidad de su solicitud, **usted tiene derechos de apelación adicionales:**

- Si le decimos que **No** a una parte o a la totalidad de lo que pidió, le enviamos una carta.
- Si su problema se relaciona con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le indica que enviamos su caso a la IRO para una apelación de nivel 2. La IRO le notificará por escrito cuando reciba su apelación.
- Si su problema se relaciona con la cobertura de un servicio o artículo de Michigan Medicaid, la carta le indica cómo presentar usted mismo una apelación de nivel 2.

F4. Cómo presentar una apelación de nivel 2

Si le decimos que **No** a una parte o a la totalidad de su apelación de nivel 1, le enviamos una carta. Esta carta le indica si Medicare, Michigan Medicaid o ambos programas suelen cubrir el servicio o artículo.

- Si su problema se relaciona con un servicio o artículo que Medicare suele cubrir, enviamos automáticamente su caso al nivel 2 del proceso de apelaciones en cuanto se complete la apelación de nivel 1.
- Si su problema se relaciona con un servicio o artículo que Michigan Medicaid suele cubrir, usted mismo puede presentar una apelación de nivel 2. La carta le indica cómo hacerlo. También incluimos más información 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 ante la IRO. También puede pedir una Audiencia imparcial estatal.

Si reunió los requisitos para la continuación de beneficios cuando presentó su apelación de nivel 1, sus beneficios para el servicio, artículo o medicamento en apelación también pueden continuar durante el nivel 2. Consulte la **Sección F3** de este *Manual para afiliados* para obtener información sobre la continuación de sus beneficios durante las apelaciones de nivel 1.

- Si su problema se relaciona con un servicio que suele cubrir solamente Medicare, sus beneficios para ese servicio no continúan durante el proceso de apelación de nivel 2 ante la IRO.
- Si su problema se relaciona con un servicio que suele cubrir solamente Michigan Medicaid, sus beneficios para ese servicio continúan si presenta una apelación de nivel 2 dentro de diez días calendario después de recibir nuestra carta de decisión.

Cuando su problema se relaciona con un servicio o artículo que Medicare suele cubrir

La IRO revisa su apelación. Es una organización independiente contratada por Medicare.

El nombre formal de la Organización de revisión independiente (IRO) es **Entidad de revisión independiente**, a veces llamada **IRE.**

- Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Medicare eligió a la compañía para que sea la IRO, y Medicare supervisa su trabajo.
- Enviamos a esta organización la información sobre su apelación (su “expediente del caso”). Usted tiene derecho a recibir una copia gratuita de su expediente del caso.
- Usted tiene derecho a darle a la IRO información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la IRO examinan cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el nivel 1, también tiene una apelación rápida en el nivel 2.

- Si tuvo una apelación rápida ante 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 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la IRO necesita reunir más información que podría beneficiarle, **puede tomar hasta 14 días calendario más**. La IRO no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de Medicare Part B.

Si tuvo una apelación estándar en el nivel 1, también tiene una apelación estándar en el nivel 2.

- Si tuvo una apelación estándar ante nosotros en el nivel 1, obtiene automáticamente una apelación estándar en el nivel 2.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la IRO debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación.
- Si su solicitud es para un medicamento de Medicare Part B, la IRO debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de siete días calendario** después de recibir su apelación.

- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la IRO necesita reunir más información que podría beneficiarle, **puede tomar hasta 14 días calendario más**. La IRO no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de Medicare Part B.

La IRO le da su respuesta por escrito y le explica los motivos.

- **Si la IRO dice que Sí a una parte o a la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico, debemos:**
  - Autorizar la cobertura de cuidado médico **en un plazo de 72 horas, o**
  - 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 dice que Sí a una parte o a la totalidad de una solicitud de un medicamento de Medicare Part B, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de Medicare Part B 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 dice que No a una parte o a la totalidad de su apelación,** significa que está de acuerdo en que no deberíamos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de cuidado médico. Esto se llama “ratificar la decisión” o “rechazar su apelación”.
  - Si su caso cumple los requisitos, usted decide si quiere continuar con su apelación.
  - Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2, para un total de cinco niveles.
  - Si se rechaza su apelación de nivel 2 y usted cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si pasa al nivel 3 y presenta una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de nivel 2.
  - Un juez de derecho administrativo (ALJ) o un adjudicador abogado se encarga de la apelación de nivel 3. Consulte la **Sección J** de este *Manual para afiliados* para obtener más información sobre las apelaciones de niveles 3, 4 y 5.

Cuando su problema se relaciona con un servicio o artículo que Medicaid suele cubrir, o que cubren tanto Medicare como Michigan Medicaid

Una apelación de nivel 2 para servicios que Michigan Medicaid suele cubrir es una Audiencia imparcial estatal. En Michigan, las Audiencias imparciales las realiza la Oficina de Audiencias y Reglas Administrativas de Michigan (MOAHR). Debe pedir una Audiencia imparcial por escrito o por teléfono **en un plazo de 120 días calendario** a partir de la fecha en que le enviamos la carta de decisión sobre su apelación de nivel 1. La carta que recibe de nosotros le indica dónde presentar su solicitud de una Audiencia imparcial.

La oficina de Audiencias imparciales le da su decisión por escrito y le explica los motivos.

- Si la oficina de Audiencias imparciales dice que **Sí** a una parte o a la totalidad de una 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 Audiencias imparciales dice que **No** a una parte o a la totalidad de su apelación, significa que está de acuerdo en que no deberíamos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de cuidado médico. Esto se llama “ratificar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la decisión de la IRO o de la oficina de Audiencias imparciales es **No** para la totalidad o una parte de su solicitud, usted tiene derechos de apelación adicionales.

Si su apelación de nivel 2 fue a la **IRO**, puede volver a apelar solamente si el valor en dólares del servicio o artículo que quiere alcanza cierta cantidad mínima. Un ALJ o un adjudicador abogado se encarga de la apelación de nivel 3. **La carta que recibe de la IRO le explica los derechos de apelación adicionales que podría tener.**

La carta que recibe de la oficina de Audiencias imparciales 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 de pago

No permitimos que nuestros proveedores de la red le facturen por servicios y artículos cubiertos. Esto es así incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio o artículo cubierto. Usted nunca tiene la obligación de pagar el saldo de ninguna factura. La única cantidad que se le debería pedir que pague es el copago de 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 obtener un reembolso de nuestro plan si siguió las reglas para obtener los servicios o el artículo.

Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para afiliados*. En él se describen situaciones en las que es posible que tenga que pedirnos que le devolvamos el dinero o que paguemos una factura que recibió de un proveedor. También se explica cómo enviarnos los documentos para pedirnos el pago.

Si pide que le devolvamos el dinero, está pidiendo una decisión de cobertura. Verificaremos si el servicio o artículo que pagó está cubierto y si usted siguió todas las reglas para usar su cobertura.

- Si el servicio o artículo que pagó está cubierto y usted siguió todas las reglas, le enviaremos nuestra parte del costo del servicio o artículo, por lo general en un plazo de 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario después de recibir su solicitud.
- Si todavía no ha pagado el servicio o artículo, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que decir que **Sí** a su solicitud de una 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 el servicio o artículo y explicarle el motivo.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no pagar, **puede presentar una apelación.** Siga el proceso de apelaciones que se describe en la **Sección F3**. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para que le devolvamos 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** suele cubrir el servicio o artículo, enviaremos su caso a la IRO. Le enviaremos una carta si esto sucede.

- Si la IRO revoca nuestra decisión y dice que debemos pagarle, debemos enviarle 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 salud en un plazo de 60 días calendario.
- Si la IRO dice que **No** a su apelación, significa que está de acuerdo en que no deberíamos aprobar su solicitud. Esto se llama “ratificar la decisión” o “rechazar su apelación”. Recibirá una carta en la que se le explican los derechos de apelación adicionales que podría 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 suele cubrir el servicio o artículo, usted mismo puede presentar una apelación de nivel 2. Consulte la **Sección F4** para obtener más información.

G. Medicamentos de Medicare Part D

Sus beneficios como afiliado de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos. La mayoría de ellos son medicamentos de Medicare Part D. Hay algunos medicamentos que Medicare Part D no cubre y que Michigan Medicaid podría cubrir. **Esta sección se aplica solamente a las apelaciones de medicamentos de Medicare Part D**. En el resto de esta sección diremos “medicamento” en lugar de decir “medicamento de Medicare Part D” cada vez.

Para que tenga cobertura, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por ciertas referencias médicas. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para afiliados* para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.

G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de Medicare Part D

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que usted nos pide que tomemos sobre sus medicamentos de Medicare Part D:

- Nos pide que hagamos una excepción, lo que incluye pedirnos que:
  - cubramos un medicamento de Medicare Part D que no está en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan o

- ◦ no apliquemos una restricción en nuestra cobertura de un medicamento (como los límites en la cantidad que puede obtener)
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan, pero debemos aprobarlo para usted antes de cubrirlo)

NOTA: Si su farmacia le dice que su receta no se puede surtir tal como está escrita, la farmacia le da un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para pedir una decisión de cobertura.

Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de Medicare Part D se llama "**determinación de cobertura**".

- Nos pide que paguemos un medicamento que ya compró. Esto es pedir una decisión de cobertura sobre un pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión. En esta sección se explica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Use la tabla a continuación como ayuda.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?			
Necesita un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos* o necesita que no apliquemos una regla o restricción en un medicamento que cubrimos.	Quiere que cubramos un medicamento de nuestra *Lista de medicamentos* y cree que cumple las reglas o restricciones del plan (como obtener aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita.	Quiere pedirnos que le devolvamos el dinero de un medicamento que ya recibió y pagó.	Le dijimos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera que usted quiere.
Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura).	**Puede pedirnos una decisión de cobertura.**	**Puede pedirnos que le devolvamos el dinero.** (Este es un tipo de decisión de cobertura).	**Puede presentar una apelación.** (Esto significa que nos pide que reconsideremos).
Comience con la **Sección G2,** y luego consulte las **Secciones G3 y G4.**	Consulte la **Sección G4**.	Consulte la **Sección G4**.	Consulte la **Sección G5**.

G2. Excepciones de Medicare Part D

Si no cubrimos un medicamento de la manera que usted quisiera, puede pedirnos que hagamos una "excepción". Si rechazamos su solicitud de una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando pide una excepción, su médico u otro profesional que receta debe explicar los motivos médicos por los que usted necesita la excepción.

Pedir la cobertura de un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos* o que se elimine una restricción en un medicamento a veces se llama pedir una "**excepción al formulario**".

Pedir pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto a veces se llama pedir una **"excepción de nivel"**.

Estos son algunos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que receta pueden pedirnos 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 nuestra *Lista de medicamentos*, usted paga el copago que se aplica a los medicamentos del nivel de costo compartido Nivel 4 - Medicamentos no preferidos.
- No puede obtener una excepción a la cantidad de copago requerida para el medicamento.

2. Eliminar una restricción de 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* para obtener más información).
- Las reglas y restricciones adicionales para ciertos medicamentos incluyen:
  - Tener que 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 llama "autorización previa (PA)".
  - Tener que probar primero un medicamento diferente antes de que aceptemos cubrir el medicamento que pide. Esto a veces se llama "terapia escalonada".
  - Límites de cantidad. Para algunos medicamentos, hay restricciones en la cantidad del medicamento que puede tener.
- Si aceptamos hacer una excepción para usted y no aplicar una restricción, puede pedir una excepción a la cantidad de copago que debe pagar.

3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo. Cada medicamento de nuestra *Lista de medicamentos* está en uno de 6 niveles de costo compartido. En general,

cuanto más bajo sea el número del nivel de costo compartido, menor será la cantidad de copago que debe pagar.

- Nuestra *Lista de medicamentos* a menudo incluye más de un medicamento para tratar una afección específica. Estos se llaman medicamentos “alternativos”.
- Si un medicamento alternativo para su afección médica está en un nivel de costo compartido más bajo que el medicamento que usted toma, puede pedirnos que lo cubramos con la cantidad de costo compartido del medicamento alternativo. Esto reduciría la cantidad de su copago por el medicamento.
  - Si el medicamento que toma es un producto biológico, puede pedirnos que lo cubramos con la cantidad de costo compartido del nivel más bajo para los productos biológicos alternativos para su afección.
  - Si el medicamento que toma es un medicamento de marca, puede pedirnos que lo cubramos con la cantidad de costo compartido del nivel más bajo para los medicamentos de marca alternativos para su afección.
  - Si el medicamento que toma es un medicamento genérico, puede pedirnos que lo cubramos con la cantidad de costo compartido del nivel más bajo para los medicamentos alternativos de marca o genéricos para su afección.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido de ningún medicamento del Nivel 5: Nivel de especialidad.
- Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que usted no puede tomar, por lo general usted paga la cantidad más baja.

G3. Cosas importantes que debe saber sobre cómo pedir una excepción

Su médico u otro profesional que receta debe informarnos los motivos médicos.

Su médico u otro profesional que receta debe darnos una declaración en la que explique los motivos médicos para pedir una excepción. Para obtener 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 llaman medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo es igual de eficaz que el medicamento que usted pide y no causaría más efectos secundarios ni 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 de excepción, a menos que ninguno de los medicamentos alternativos del nivel o los niveles de costo compartido más bajos funcione igual de bien para usted o que sea probable que le causen una reacción adversa u otro daño.

Podemos decir que Sí o que No a su solicitud.

- Si le decimos que **Sí** a su solicitud de excepción, la excepción por lo general 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 le decimos que **No** a su solicitud de excepción, puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G5** para obtener información sobre cómo presentar una apelación si le decimos que **No**.

En la siguiente sección se explica cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción.

G4. Cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción

- Pida el tipo de decisión de cobertura que quiere llamándonos 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, su información de contacto y la información sobre el reclamo.
- Usted, su médico (u otro profesional que receta) u otra persona que actúe en su nombre pueden pedir una decisión de cobertura. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre.
- Consulte la **Sección E3** para saber cómo nombrar a alguien como su representante.
- No necesita darle un permiso por escrito a su médico u otro profesional que receta para que pida una decisión de cobertura en su nombre.
- Si quiere pedirnos que le devolvamos el dinero de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para afiliados*.
- Si pide una excepción, denos una “declaración de respaldo”. La declaración de respaldo incluye los motivos médicos de su médico u otro profesional que receta para la solicitud de excepción.
- Su médico u otro profesional que receta puede enviarnos la declaración de respaldo por fax o por correo. También puede informarnos por teléfono y luego enviar la declaración por fax o por correo.

Si su salud lo requiere, pídanos una “decisión de cobertura rápida”.

Usamos los “plazos estándar”, a menos que aceptemos usar los “plazos rápidos”.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le damos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de su médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le damos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico.

Una “decisión de cobertura rápida” se llama “**determinación de cobertura acelerada.**”

Puede obtener una decisión de cobertura rápida si:

- Es para un medicamento que no recibió. No puede obtener una decisión de cobertura rápida si nos pide que le devolvamos el dinero de un medicamento que ya compró.
- Su salud o su capacidad de funcionar se verían gravemente perjudicadas si usamos los plazos estándar.

Si su médico u otro profesional que receta nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, estaremos de acuerdo y se la daremos. 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 usted recibe una decisión de cobertura rápida.
- Si decidimos que su afección médica no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, usamos los plazos estándar en su lugar.
  - Le enviamos una carta para informárselo. La carta también le explica cómo presentar una queja sobre nuestra decisión.
  - Puede presentar una queja rápida y recibir una respuesta en un plazo 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 usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud. Si pide una excepción, le damos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le damos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos este plazo, enviamos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones para que la revise una IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener más información sobre una apelación de nivel 2.
- Si le decimos que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le damos la cobertura en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración de respaldo de su médico.
- Si le decimos que **No** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta con los motivos. La carta también le explica cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que no recibió

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud. Si pide una excepción, le damos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le damos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos este plazo, enviamos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones para que la revise una IRO.
- Si decimos que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le damos la cobertura en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud o la declaración de respaldo de su médico para una excepción.
- Si decimos que **No** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta con los motivos. La carta también le indica 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 este plazo, enviamos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones para que la revise una IRO.
- Si decimos que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le devolvemos el dinero en un plazo de 14 días calendario.
- Si decimos que **No** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta con los motivos. La carta también le indica cómo presentar una apelación.

G5. Cómo presentar una apelación de nivel 1

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de Medicare Part D se llama "**redeterminación**" del plan.

- Inicie su apelación **estándar** o **rápida** llamándonos 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, su información de contacto y la información sobre su apelación.
- Debe pedir una apelación **en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.
- Si no cumple con el plazo y tiene un buen motivo para no haberlo cumplido, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de buenos motivos son que usted tuvo una enfermedad grave o que le dimos información incorrecta sobre el plazo. Cuando presente su apelación, explique el motivo por el que su apelación se presenta tarde.
- Usted tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden darnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, pida una apelación rápida.

Una apelación rápida también se llama "**redeterminación acelerada**."

- Si 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 G4** para obtener más información.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Revisamos su apelación y volvemos a examinar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura.
- Verificamos si seguimos las reglas cuando dijimos que **No** a su solicitud.
- Es posible que nos comuniquemos 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 usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su apelación.
  - Le damos nuestra 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. Luego, una IRO la revisa. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de nivel 2.
- Si decimos que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, debemos brindarle la cobertura que acordamos brindar en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- Si decimos que **No** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una apelación estándar en el nivel 1

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de siete días calendario** después de recibir su apelación por un medicamento que no recibió.
- Le damos nuestra decisión antes si no recibió el medicamento y su estado de salud lo requiere. Si cree que su salud lo requiere, pida una apelación rápida.
  - Si no le damos una decisión en un plazo de siete días calendario, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, una IRO la revisa. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de nivel 2.

Si decimos que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud:

- Debemos **brindarle la cobertura** que acordamos brindar tan rápido como lo requiera su salud, pero **a más tardar siete días calendario** después de recibir su apelación.
- Debemos **enviarle el pago** por un medicamento que compró **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación.

Si decimos que **No** a una parte o a la totalidad de su solicitud:

- Le enviamos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.
- Debemos darle nuestra respuesta sobre la devolución del dinero por 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. Luego, una IRO la revisa. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de nivel 2.
- Si decimos que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de recibir su solicitud.
- Si decimos que **No** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.

G6. Cómo presentar una apelación de nivel 2

Si decimos que **No** a su apelación de nivel 1, puede aceptar nuestra decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, usa el proceso de apelación de nivel 2. La **IRO** revisa nuestra decisión de cuando dijimos que **No** a su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar nuestra decisión.

El nombre formal de la "Organización de revisión independiente" (IRO) es "**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 con la IRO **por escrito** y pedir una revisión de su caso.

- Si decimos que **No** a su apelación de nivel 1, la carta que le enviamos incluye **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de nivel 2** ante la IRO. Las instrucciones indican quién puede presentar la apelación de nivel 2, qué plazos debe cumplir y cómo comunicarse con la organización.
- Cuando presenta una apelación ante la IRO, enviamos a la organización la información que tenemos sobre su apelación. Esta información se llama su "expediente del caso". **Usted tiene derecho a recibir una copia gratuita de su expediente del caso.**
- Usted tiene derecho a darle a la IRO información adicional para respaldar su apelación.

La IRO revisa su apelación de nivel 2 de Medicare Part D 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 aceptan una apelación rápida, deben darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.
- Si dicen que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, debemos brindar la cobertura de medicamentos aprobada **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 siete 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 para el reembolso de un medicamento que compró.

Si la IRO dice que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud:

- Debemos brindar la cobertura de medicamentos aprobada **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de la IRO.

- Debemos devolverle el dinero por un medicamento que compró en un plazo de 30 días calendario después de recibir la decisión de la IRO.
- Si la IRO dice que **No** a su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la IRO dice que **No** a su apelación de nivel 2, usted tiene derecho a una apelación de nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que pide alcanza un valor mínimo en dólares. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que pide es menor que el 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 que le indica el valor mínimo en dólares necesario para continuar con una apelación de nivel 3.

Si el valor en dólares de su solicitud cumple el requisito, usted elige si quiere llevar su apelación más adelante.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2.
- Si la IRO dice que **No** a su apelación de nivel 2 y usted cumple el requisito para continuar el proceso de apelaciones, usted:
  - Decide si quiere presentar una apelación de nivel 3.
  - Consulte la carta que la IRO le envió después de su apelación de nivel 2 para obtener 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. Cómo pedirnos que cubramos una estadía más larga en el hospital

Cuando lo ingresan en un hospital, usted tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios que cubrimos y que son 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 estadía cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital trabajan con usted para prepararse para el día en que salga del hospital. También le ayudan a coordinar el cuidado que pueda necesitar después de salir.

- El día en que sale del hospital se llama su “fecha de alta”.
- Su médico o el personal del hospital le dirán cuál es su fecha de alta.

Si cree que le están pidiendo que salga del hospital demasiado pronto o le preocupa su cuidado después de salir del hospital, puede pedir una estadía más larga en el hospital. Esta sección le indica cómo pedirla.

H1. Cómo conocer sus derechos de Medicare

En un plazo de dos días después de que lo ingresen en el hospital, alguien del hospital, como un enfermero o un trabajador social, le dará un aviso por escrito llamado “Un mensaje importante de Medicare sobre sus

derechos". Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso cada vez que las ingresan en un hospital.

Si no recibe el aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para afiliados a los números que aparecen al pie de la página. También puede llamar 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.

- **Lea el aviso** detenidamente y haga preguntas si no lo entiende. El aviso le informa sobre sus derechos como paciente del hospital, incluidos sus derechos a:
  - Recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital. Usted tiene derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
  - Participar en todas las decisiones sobre la duración de su estadía en el hospital.
  - Saber dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su cuidado en el hospital.
  - Apelar si cree que le están dando de alta del hospital demasiado pronto.
- **Firme el aviso** para demostrar que lo recibió y que entiende 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 en que sale del hospital, recibirá otra copia antes de que le den de alta.

Puede ver una copia del aviso por adelantado si:

- Llame al Departamento de Servicios para afiliados a los números que aparecen al pie de la página
- Llame a Medicare al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite https://www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

H2. Cómo presentar una apelación de nivel 1

Para pedirnos que cubramos sus servicios hospitalarios como paciente internado por más tiempo, presente una apelación. La Organización para el mejoramiento de calidad (QIO) revisa la apelación de nivel 1 para determinar si su fecha de alta prevista es médicamente apropiada para usted.

La QIO es un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de salud a quienes paga el gobierno federal. Estos expertos verifican y ayudan a mejorar la calidad para las personas que tienen 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 prevista.

- **Si llama antes de salir**, puede quedarse en el hospital después de su fecha de alta prevista 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 prevista, es posible que pague todos los costos del cuidado hospitalario que reciba después de su fecha de alta prevista.

Pida ayuda si la necesita. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:

- Llame al Departamento de Servicios para afiliados a los números que aparecen al pie de la página.
- Llame al Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP) de Michigan al 1-800-803-7174. **Pida una revisión rápida.** Actúe rápidamente y comuníquese con la QIO para pedir una revisión rápida de su alta del hospital.

El término legal para “**revisión rápida**” es “**revisión inmediata**” o “**revisión acelerada**.”

Qué sucede durante la revisión rápida

- Los revisores de la QIO les preguntan a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debe continuar después de la fecha de alta prevista. No está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores examinan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que les dieron el hospital y nuestro plan.
- Antes del mediodía del día siguiente a que los revisores informen a nuestro plan sobre su apelación, usted recibe una carta con su fecha de alta prevista. La carta también explica los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que esa es la fecha de alta correcta y médicamente apropiada para usted.

El término legal para esta explicación por escrito es “**Aviso detallado de alta**”. Puede obtener un ejemplo llamando al Departamento de Servicios para afiliados a los números que aparecen al pie 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 aviso de ejemplo en línea en 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 que necesita, la QIO le da su respuesta a su apelación.

Si la QIO dice que **Sí** a su apelación:

- Le brindaremos sus servicios hospitalarios cubiertos como paciente internado mientras los servicios sean médicamente necesarios.

Si la QIO dice que **No** a su apelación:

- Considera que su fecha de alta prevista es médicamente apropiada.
- Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios como paciente internado terminará al mediodía del día siguiente a que la QIO le dé su respuesta a su apelación.
- Es posible que tenga que pagar el costo total del cuidado hospitalario que reciba después del mediodía del día siguiente a que la QIO le dé su respuesta a su apelación.
- Puede presentar una apelación de nivel 2 si la QIO rechaza su apelación de nivel 1 **y** usted se queda en el hospital después de su fecha de alta prevista.

H3. Cómo presentar una apelación de nivel 2

Para una apelación de nivel 2, usted le pide a la QIO que vuelva a examinar la decisión que tomó sobre su apelación de nivel 1. Llámelos al 1-888-524-9900.

Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la QIO dijo que **No** a su apelación de nivel 1. Puede pedir esta revisión **solo** si se queda en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura del cuidado.

Los revisores de la QIO:

- Volverán a examinar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le informarán su decisión sobre su apelación de nivel 2 en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de una segunda revisión.

Si la QIO dice que **Sí** a su apelación:

- Debemos devolverle el dinero de los costos del cuidado hospitalario desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la QIO rechazó su apelación de nivel 1.
- Le brindaremos sus servicios hospitalarios cubiertos como paciente internado mientras los servicios sean médicamente necesarios.

Si la QIO dice que **No** a su apelación:

- Están de acuerdo con su decisión sobre su apelación de nivel 1 y no la cambiarán.
- Le dan una carta que le indica lo que puede hacer si quiere continuar 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. Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos

Esta sección trata solo de tres tipos de servicios que puede estar recibiendo:

- servicios de cuidado de salud en el hogar
- cuidado de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada, **y**
- cuidado de rehabilitación como paciente ambulatorio en un CORF aprobado por Medicare. Por lo general, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un 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 durante el tiempo que el médico diga que los necesita.

Cuando decidimos dejar de cubrir cualquiera de estos servicios, debemos informárselo **antes** de que terminen sus servicios. Cuando termina su cobertura de ese servicio, dejamos de pagarlo.

Si cree que estamos terminando la cobertura de su cuidado demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo pedir una apelación.

I1. Aviso por adelantado antes de que termine su cobertura

Le enviamos un aviso por escrito que recibirá al menos dos días antes de que dejemos de pagar su cuidado. Este se llama “Aviso de no cobertura de Medicare”. El aviso le 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 recibieron. Firmar el aviso solo demuestra que recibió la información. Firmarlo **no** significa que esté de acuerdo con nuestra decisión.

I2. Cómo presentar una apelación de nivel 1

Pida ayuda si la necesita. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:

Si cree que estamos terminando la cobertura de su cuidado demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le informa sobre el proceso de apelación de nivel 1 y lo que debe hacer.

- **Cumpla los plazos.** Los plazos son importantes. Entienda y cumpla los plazos que se aplican a lo que usted debe hacer. Nuestro plan también debe cumplir plazos. Si cree que no estamos cumpliendo nuestros plazos, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** para obtener más información sobre las quejas.

Pida ayuda si la necesita. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:

- Llame a su coordinador de cuidado.
- Llame al Departamento de Servicios para afiliados a los números que aparecen al pie de la página.
- Llame al SHIP de MI, MI Options, al 800-803-7174 (TTY 711). Para obtener más información o para encontrar una oficina local de MI Options en su área, visite www.michigan.gov/MDHHSMIOptions.

- Llame a **MI Community, Home, and Health Ombudsman (MI CHHO)** para obtener ayuda gratuita. MI CHHO puede ayudarle con preguntas o problemas relacionados con el programa MI Coordinated Health (MICH) o con nuestro plan. MI CHHO es un programa independiente y no está relacionado con este plan. El número de teléfono es 1-888-746-6456.
- **Programa del Ombudsman de cuidado a largo plazo de Michigan (MLTCOP)** - El MLTCOP se esfuerza por mejorar la calidad del cuidado y la calidad de vida de los residentes que viven en hogares para personas de la tercera edad, hogares para personas mayores y hogares de acogida para adultos. El MLTCOP incluye tanto al Ombudsman estatal y su personal como a una red de ombudsmen locales a quienes el programa del Ombudsman estatal capacita, designa y supervisa. Para comunicarse con un ombudsman local en su área, llame al 866-485-9393 o envíenos un correo electrónico en mltcop.org/contact.

- **Comuníquese con la QIO.**
  - Consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de este *Manual para afiliados* para obtener más información sobre la QIO y cómo comunicarse con ella.
  - Pídales que revisen su apelación y decidan si deben cambiar la decisión de nuestro plan.
- **Actúe rápidamente y pida una "apelación de vía rápida".** Pregúntele a la QIO si es médicamente apropiado que terminemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su 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 entrada en vigor que figura en el "Aviso de no cobertura de Medicare" que le enviamos.

El término legal para el aviso por escrito es "**Aviso de no cobertura de Medicare**". Para obtener una copia de ejemplo, llame al Departamento de Servicios para afiliados a los números que aparecen al pie de la página o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O bien, obtenga una copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Qué sucede durante una apelación de vía rápida

- Los revisores de la QIO les preguntan a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debe continuar. No está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores examinan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que les dio nuestro plan.
- Nuestro plan también le envía un aviso por escrito que explica nuestros motivos para terminar la cobertura de sus servicios. Usted recibe el aviso a más tardar 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 dice que **Sí** a su apelación:

- Le brindaremos sus servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.

Si la QIO dice que **No** a su apelación:

- Su cobertura termina en la fecha que le indicamos.
- Dejamos de pagar los costos de este cuidado en la fecha que figura en el aviso.
- Usted mismo paga el costo total de este cuidado si decide continuar con el cuidado de salud en el hogar, el cuidado en un centro de enfermería especializada o los servicios de un CORF después de la fecha en que termina su cobertura
- Usted decide si quiere continuar con estos servicios y presentar una apelación de nivel 2.

I3. Cómo presentar una apelación de nivel 2

- Para una apelación de nivel 2, usted le pide a la QIO que vuelva a examinar la decisión que tomó sobre su apelación de nivel 1. En Michigan, la Organización para el mejoramiento de calidad se llama Commence Health. Puede comunicarse con Commence Health al: 1 888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775).

Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la QIO dijo que **No** a su apelación de nivel 1. Puede pedir esta revisión **solo** si continúa recibiendo el cuidado después de la fecha en que terminó su cobertura del cuidado.

Los revisores de la QIO:

- Volverán a examinar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le informarán su decisión sobre su apelación de nivel 2 en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de una segunda revisión.

Si la QIO dice que **Sí** a su apelación:

- Le devolvemos el dinero de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que le dijimos que terminaría su cobertura.
- Brindaremos cobertura para el cuidado mientras sea médicamente necesario.

Si la QIO dice que **No** a su apelación:

- Están de acuerdo con nuestra decisión de terminar su cuidado y no la cambiarán.

- Le dan una carta que le indica lo que puede hacer si quiere continuar 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. Cómo llevar su apelación más allá del nivel 2

J1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare

Si presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2 por servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, es posible que tenga derecho a niveles de apelación adicionales.

Si el valor en dólares del servicio o artículo de Medicare que apeló no alcanza cierto monto mínimo en dólares, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede continuar el proceso de apelaciones. La carta que recibe de la IRO por su apelación de nivel 2 explica con quién comunicarse y qué hacer para pedir una apelación de nivel 3.

Apelación de nivel 3

El nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia ante 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 dice que **Sí** a su apelación, tenemos derecho a apelar una decisión de nivel 3 que sea favorable para usted.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviamos una copia de la solicitud de apelación de nivel 4 con todos los documentos que la acompañen. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en disputa.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizarle o brindarle 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 dice que **No** a su apelación, es posible que el proceso de apelaciones no haya terminado.
- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de nivel 4.

Si necesita ayuda en cualquier etapa del proceso de apelaciones, puede comunicarse con MI Community, Home, and Health Ombudsman. El número de teléfono es 1-888-746-6456.

Apelación de nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

Si el Consejo dice que **Sí** a su apelación de nivel 4 o rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión de apelación de nivel 3 favorable para usted, tenemos derecho a apelar al nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, se lo informaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizarle o brindarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.

Si el Consejo dice que **No** o rechaza nuestra solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelaciones no haya terminado.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará si puede pasar a una apelación de nivel 5 y qué hacer.

Apelación de nivel 5

- Un juez del Tribunal de Distrito Federal revisará su apelación y toda la información, y decidirá **Sí** o **No**. Esta es la decisión definitiva. No hay otros niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

J2. Apelaciones adicionales de Michigan Medicaid

Si su apelación pasó a la Oficina de Audiencias y Reglas Administrativas de Michigan (MOAHR) para una Audiencia imparcial, la MOAHR le enviará una carta en la que explica su decisión. Si no está de acuerdo con la decisión final de la MOAHR, tiene 30 días calendario a partir de la fecha de la decisión para presentar una solicitud de nueva audiencia/reconsideración y/o para presentar una apelación ante el Tribunal de Circuito (Circuit Court). Llame a la MOAHR al 517-335-2482 para obtener información sobre los requisitos que debe cumplir para calificar para una nueva audiencia/reconsideración.

Si necesita ayuda en cualquier etapa del proceso de apelaciones, puede comunicarse con MI Community, Home, and Health Ombudsman. El número de teléfono es 1-888-746-6456.

J3. Apelaciones de niveles 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de Medicare Part D

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento que apeló alcanza cierto monto en dólares, es posible que pueda pasar a niveles de apelación adicionales. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de nivel 2 explica con quién comunicarse y qué hacer para pedir una apelación de nivel 3.

Apelación de nivel 3

El nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia ante 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 dice que **Sí** a su apelación:

- El proceso de apelaciones termina.
- Debemos autorizar o brindar la cobertura de medicamentos aprobada en un plazo de 72 horas (o de 24 horas para una apelación acelerada) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario después de recibir la decisión.

Si el ALJ o el abogado adjudicador dice que **No** a su apelación, es posible que el proceso de apelaciones no haya terminado.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de nivel 4.

Apelación de nivel 4

El Consejo revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

Si el Consejo dice que **Sí** a su apelación:

- El proceso de apelaciones termina.
- Debemos autorizar o brindar la cobertura de medicamentos aprobada en un plazo de 72 horas (o de 24 horas para una apelación acelerada) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario después de recibir la decisión.

Si el Consejo dice que **No** a su apelación o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelaciones no haya terminado.

- Si decide **aceptar** la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará si puede pasar a una apelación de nivel 5 y qué hacer.

Apelación de nivel 5

- Un juez del Tribunal de Distrito Federal revisará su apelación y toda la información, y decidirá **Sí** o **No**. Esta es la decisión definitiva. No hay otros niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

K. Cómo presentar una queja

K1. Qué tipos de problemas deben ser quejas

El proceso de quejas se usa solo para ciertos tipos de problemas, como problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera, la coordinación del cuidado y el servicio al cliente. Estos son ejemplos de los tipos de problemas que se tratan mediante el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su cuidado médico	• No está satisfecho con la calidad del cuidado, como el cuidado que recibió en el hospital.
Respeto de su privacidad	• Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial sobre usted.
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	• Un proveedor de cuidado de salud o su personal fue grosero o irrespetuoso con usted. • Nuestro personal lo trató mal. • Cree que lo están presionando para que deje nuestro plan.
Accesibilidad y asistencia con el idioma	• No puede acceder físicamente a los servicios de cuidado de salud y a las instalaciones del consultorio de un médico o proveedor. • Su médico o proveedor no le proporciona un intérprete para el idioma distinto del inglés que usted habla (como el lenguaje de señas americano o el español). • Su proveedor no le brinda otras adaptaciones razonables que usted necesita y pide.
Tiempos de espera	• Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado tiempo para conseguirla. • Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, el Departamento de 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 está limpio.
Información que recibe de nosotros	• Cree que no le dimos un aviso o una carta que debería haber recibido. • Cree que la información por escrito que le enviamos es demasiado difícil de entender.

Queja	Ejemplo
Puntualidad relacionada con las decisiones de cobertura o las apelaciones	• Cree que no cumplimos nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación. • Cree que, después de recibir una decisión de cobertura o de apelación a su favor, no cumplimos los plazos para aprobar o brindarle el servicio o para devolverle el dinero por ciertos servicios médicos. • No cree que hayamos enviado su caso a la IRO a tiempo.

Hay diferentes tipos de quejas. Puede presentar una queja interna y/o una queja externa. Una queja interna se presenta ante nuestro plan y nuestro plan la revisa. Una queja externa se presenta ante una organización que no está afiliada a nuestro plan y esa organización la revisa. Si necesita ayuda para presentar una queja interna y/o externa, puede llamar a Atención al cliente (Customer Care) al 1-800-457-4708 (TTY:711).

El término legal para una “queja” es una “**queja formal**”.

El término legal para “presentar una queja” es “**presentar una queja formal**”.

K2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a su coordinador de cuidado o al Departamento de Servicios para afiliados al 1-800-787-3311 (TTY: 711). Puede presentar la queja en cualquier momento, a menos que se trate de un medicamento de Medicare Part D. Si la queja se trata de un medicamento de Medicare Part D, debe presentarla **dentro de los 60 días calendario** después de haber tenido el problema del que desea quejarse.

- Si hay algo más que tenga que hacer, el Departamento de Servicios para afiliados se lo dirá.
- También puede escribir su queja y enviárnosla. Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.

Instrucciones para presentar una queja formal

Presente una queja formal verbal llamando a Atención al cliente (Customer Care) 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 lo siguiente:

- Nombre
- Dirección
- Número de teléfono

- Número de identificación de afiliado
- Un resumen de la queja y de cualquier contacto previo con nosotros relacionado con la queja
- La medida que nos solicita
- Su firma o la de su representante autorizado y la fecha. Si desea que un amigo, un familiar, su médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, llame a Atención al cliente (Customer Care) (1-800-787-3311, TTY: 711) y pida el formulario de Nombramiento de 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 le da permiso a esa persona para actuar en su nombre. Deben firmarlo usted y la persona que usted 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 48 horas a partir de su recepción, si su queja formal se relaciona con una de las siguientes circunstancias:

- Extendimos el plazo para tomar una determinación de la organización/reconsideraciones, y usted cree que necesita una decisión más rápido.
- Denegamos su solicitud de una revisión rápida de una decisión de la organización/de cobertura de 72 horas.
- Denegamos su solicitud de una revisión rápida de una apelación de 72 horas.

Es mejor llamar a Atención al cliente (Customer Care) si desea solicitar una revisión rápida de su queja formal. Si envía su solicitud por correo, lo llamaremos para informarle que la recibimos.

Ya sea que llame o escriba, debe comunicarse con Atención al cliente (Customer Care) de inmediato. Puede presentar la queja en cualquier momento después de haber tenido el problema del que desea quejarse.

El término legal para “queja rápida” es “**queja formal acelerada**”.

Si es posible, le respondemos de inmediato. Si nos llama con una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su estado de salud requiere que respondamos rápidamente, lo haremos.

- Respondemos la mayoría de las quejas dentro de los 30 días calendario. Si no tomamos una decisión dentro de los 30 días calendario porque necesitamos más información, se lo notificamos por escrito. También le damos una actualización del estado y el tiempo estimado en que recibirá la respuesta.
- Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le damos una “queja rápida” y respondemos a su queja dentro de las 24 horas.

- Si presenta una queja porque tardamos más tiempo en tomar una decisión de cobertura o sobre una apelación, automáticamente le damos una “queja rápida” y respondemos a su queja dentro de las 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con una parte o con la totalidad de su queja, se lo diremos y le daremos nuestras razones. Respondemos tanto si estamos de acuerdo con la queja como si no lo estamos.

Si necesita ayuda en cualquier etapa de este proceso, puede comunicarse con MI Community, Home, and Health Ombudsman. El número de teléfono es 1-888-746-6456.

K3. Quejas externas

Medicare

Puede informarle a Medicare sobre su queja o enviársela a Medicare. El Formulario de quejas de Medicare está disponible en: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. No es necesario que presente una queja ante Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) antes de presentar una queja ante Medicare.

Medicare toma en serio sus quejas y usa esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene cualquier otro comentario o inquietud, o si siente que el plan de salud no está atendiendo 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 informarle a Michigan Medicaid sobre su queja

También puede enviar su queja a Michigan Medicaid. Puede llamar a la Línea de ayuda para beneficiarios (Beneficiary Help Line) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m., al 1-800-642-3195 (TTY: 1-866-501-5656), o al 1 800-975-7630 si llama desde un servicio telefónico por internet.

Oficina de Derechos Civiles (OCR)

Puede presentar una queja ante la OCR del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) si cree que no ha recibido un trato justo. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre el acceso para personas con discapacidades o sobre la asistencia con el idioma. 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 en:

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 es posible que tenga derechos en virtud de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) y de la Ley de Derechos Civiles de las Personas con Discapacidades de Michigan (PWDCRA), que protege a las personas con discapacidades contra la discriminación en el empleo, la vivienda, los lugares públicos, los servicios y la educación. Puede comunicarse con MI Community, Home, and Health Ombudsman al 1-888-746-6456 para obtener ayuda.

QIO

Cuando su queja se trata de la calidad del cuidado, tiene dos opciones:

- Puede presentar su queja sobre la calidad del cuidado directamente ante la QIO.
- Puede presentar su queja ante la QIO y ante nuestro plan. Si presenta una queja ante la QIO, trabajamos con ellos para resolver su queja.

La QIO es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en cuidado de salud a quienes paga el gobierno federal para revisar y mejorar el cuidado que se brinda a 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: Cómo terminar su afiliación a nuestro plan

Introducción

Este capítulo explica cómo puede terminar su afiliación a nuestro plan y cuáles son sus opciones de cobertura de salud después de dejar nuestro plan. Si deja nuestro plan, seguirá en los programas Medicare y Michigan Medicaid mientras sea elegible. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para afiliados*.

Índice

A. Cuándo puede terminar su afiliación a nuestro plan 220
B. Cómo terminar su afiliación a nuestro plan 221
C. Cómo obtener por separado los servicios de Medicare y de Michigan Medicaid 222
C1. Sus servicios de Medicare 222
C2. Sus servicios de Michigan Medicaid 224
D. Sus artículos, servicios y medicamentos médicos hasta que termine su afiliación a nuestro plan 225
E. Otras situaciones en las que termina su afiliación a nuestro plan 225
F. Reglas que prohíben pedirle que deje nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud 227
G. Su derecho a presentar una queja si terminamos su afiliación a nuestro plan 227
H. Cómo obtener más información sobre cómo terminar su afiliación al plan 227

A. Cuándo puede terminar su afiliación a nuestro plan

La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden terminar su afiliación en ciertos momentos del año. Como usted tiene Michigan Medicaid, tiene algunas opciones para terminar su afiliación a nuestro plan, incluso en cualquier mes del año.

Además, puede terminar su afiliación a nuestro plan durante los siguientes períodos de cada año:

- El **Período de inscripción abierta**, que va del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este período, su afiliación a nuestro plan termina el 31 de diciembre y su afiliación al nuevo plan comienza el 1 de enero.
- El **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA),** que va del 1 de enero al 31 de marzo y también, para los nuevos beneficiarios de Medicare que están afiliados a un plan, desde el mes en que adquieren el derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del 3.er mes de haber

adquirido ese derecho. Si elige un nuevo plan durante este período, su afiliación al nuevo plan comienza 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:

- se muda fuera de nuestra área de servicio,
- cambió su elegibilidad para Michigan Medicaid o para la Ayuda Adicional (Extra Help), **o**
- si recientemente se mudó a un centro de enfermería o a un hospital de cuidado a largo plazo, actualmente recibe cuidado en uno de ellos o acaba de mudarse de uno de ellos.

Su afiliación a Medicare termina el último día del mes en que recibimos su solicitud para dejar nuestro plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura con nuestro plan termina el 31 de enero. Si se afilia a otro plan, su nueva cobertura comienza el primer día del mes siguiente (el 1 de febrero, en este ejemplo).

Si deja nuestro plan, puede obtener información sobre sus:

- opciones de Medicare en la tabla de la **Sección C1**.
- servicios de Medicaid en la **Sección C2**.

Puede obtener más información sobre cómo terminar su afiliación llamando a: el Departamento de Servicios para afiliados al número que aparece en la parte inferior de esta página. También se indica el número para los usuarios de TTY.

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- El Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP), MI Options, al 1-800-803-7174.

B. Cómo terminar su afiliación a nuestro plan

Si decide terminar su afiliación, puede hacerlo afiliándose a otro plan de Medicare o cambiándose a Medicare Original. Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Medicare Original, pero no ha elegido un plan de medicamentos de Medicare por separado, debe pedir que se cancele su afiliación a nuestro plan. Hay dos maneras de pedir que se cancele su afiliación:

- Puede hacernos una solicitud por escrito. Comuníquese con el Departamento de Servicios para afiliados al número que aparece en la parte inferior de esta página si necesita más información sobre cómo hacerlo.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY (personas que tienen dificultades para oír o hablar) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también puede afiliarse a otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Encontrará más información sobre cómo obtener sus servicios de Medicare cuando deje nuestro plan en la tabla de la página 223.

C. Cómo obtener por separado los servicios de Medicare y de Michigan Medicaid

Tiene opciones para obtener sus servicios de Medicare y de Medicaid si decide dejar nuestro plan.

C1. Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones, que se indican a continuación, para obtener sus servicios de Medicare en cualquier mes del año. Tiene una opción adicional, que se indica a continuación, durante ciertos momentos del año, incluidos el **Período de inscripción abierta** y el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**, o en otras situaciones que se describen en la **Sección A**. Al elegir una de estas opciones, termina automáticamente su afiliación a nuestro plan.

1. Puede cambiarse a: **Otro plan que le brinde en un solo plan sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid, también conocido como plan integrado para personas con necesidades especiales que tienen doble elegibilidad (D-SNP), o un plan del Programa de cuidado integral para personas de edad avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE), si reúne los requisitos.**	**Esto es lo que debe hacer:** Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si tiene consultas sobre el Programa de cuidado integral para personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE), llame al <PACE phone number>. Si necesita ayuda o más información: • Llame a MI Options al 1-800-803-7174. En MI, el SHIP se llama MI Options. **O** Afíliese a un nuevo D-SNP integrado. Se cancelará automáticamente su afiliación a nuestro plan de Medicare cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
2. Puede cambiarse a: **Medicare Original con un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado** **Para solicitar Medicaid, complete una solicitud en línea en www.michigan.gov/mibridges.**	**Esto es lo que debe hacer:** Llame 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: • Llame a MI Options al 1-800-803-7174. En MI, el SHIP se llama MI Options. **O** Afíliese 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 cambiarse a: **Medicare Original sin un plan de medicamentos de Medicare por separado si tiene un motivo válido para cancelar su afiliación** **Para solicitar Medicaid, complete una solicitud en línea en www.michigan.gov/mibridges.** **NOTA:** Si se cambia a Medicare Original y no se afilia a un plan de medicamentos de Medicare por separado, es posible que Medicare lo afilie a un plan de medicamentos, a menos que usted le diga a Medicare que no desea afiliarse. Solo debe dejar la cobertura de medicamentos si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o un sindicato. Si tiene preguntas sobre 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 local de MI Options en su área, visite www.michigan.gov/MDHHSMIOptions.	**Esto es lo que debe hacer:** Llame 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: • Llame a MI Options al 1-800-803-7174. En MI, el SHIP se llama MI Options. Se cancelará automáticamente su afiliación a nuestro plan cuando comience su cobertura de Medicare Original.
4. Puede cambiarse a: **Cualquier plan de salud de Medicare** durante ciertos momentos del año, incluidos el **Período de inscripción abierta** y el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**, o en otras situaciones que se describen en la **Sección A.**	Esto es lo que debe hacer: Llame 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: • Llame a MI Options al 1-800-803-7174. En MI, el SHIP se llama MI Options. **O** Afíliese a un nuevo plan de Medicare. Se cancelará automáticamente su afiliación a nuestro plan de Medicare cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

C2. Sus servicios de Michigan Medicaid

Si deja nuestro plan, recibirá sus servicios de Michigan Medicaid a través del sistema de pago por servicio.

Sus servicios de Michigan Medicaid incluyen la mayoría de los servicios y apoyos a largo plazo y el cuidado de salud del comportamiento. Si deja nuestro plan, puede usar cualquier proveedor que acepte Michigan Medicaid.

Use MI Bridges para actualizar su información de afiliación.

D. Sus artículos, servicios y medicamentos médicos hasta que termine su afiliación a nuestro plan

Si deja nuestro plan, es posible que pase un tiempo antes de que termine su afiliación y comience su nueva cobertura de Medicare y de Medicaid. Durante este tiempo, seguirá recibiendo sus medicamentos y su cuidado de salud a través de nuestro plan hasta que comience su nuevo plan.

- Use nuestros proveedores de la red para recibir cuidado médico.
- Use nuestras farmacias de la red, incluso a través de nuestros servicios de farmacia de pedido por correo, para surtir sus recetas.
- Si está hospitalizado el día en que termina su afiliación a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP), nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que reciba el alta. Esto sucederá incluso si su nueva cobertura de salud comienza antes de que reciba el alta.

E. Otras situaciones en las que termina su afiliación a nuestro plan

Estos son los casos en los que debemos terminar su afiliación a nuestro plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de Medicare Part A y Part B.
- Si ya no reúne los requisitos para Medicaid. Nuestro plan es para personas que reúnen los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio por más de seis meses. Como su plan tiene un beneficio para visitantes/viajeros, es posible que sea elegible para estar fuera del área de servicio por hasta 12 meses.
  - Si se muda o hace un viaje largo, llame al Departamento de Servicios para afiliados para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está en el área de servicio de nuestro plan.
  - Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual para afiliados* para obtener información sobre cómo obtener cuidado a través de nuestros beneficios para visitantes o viajeros cuando está fuera del área de servicio de nuestro plan.
- Si va a la cárcel o a prisión por un delito penal.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tenga para medicamentos.

- Si no es ciudadano ni nacional de los Estados Unidos, ni un no ciudadano elegible.
  - Debe ser ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un no ciudadano elegible, para ser afiliado de nuestro plan.
  - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) nos notifican si usted no es elegible para seguir siendo afiliado por este motivo.
  - Debemos cancelar su afiliación si no cumple con este requisito.

Si pierde su elegibilidad para Michigan Medicaid, pero se espera que la recupere en un plazo de seis meses, seguiremos brindándole todos los beneficios de Medicare que cubre Humana Dual Integrated (HMO D-SNP). Cuando termine su cobertura de Michigan Medicaid, no pagaremos sus beneficios de Michigan Medicaid. Tendrá que pagar cualquier servicio que siga recibiendo y que suela cubrir Michigan Medicaid mientras siga afiliado a nuestro plan para su cobertura de Medicare. Seguirá recibiendo sus beneficios de Medicare de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) sin costo, pero es posible que tenga que pagar las primas de Medicare Part A y/o Part B, las primas y los costos compartidos de medicamentos recetados de la Parte D, y todos los costos de cualquier servicio de Medicaid que reciba.

Le ayudaremos a recuperar su elegibilidad para Michigan Medicaid. Si se restablece su elegibilidad para Michigan Medicaid mientras todavía está afiliado a nuestro plan para su cobertura de Medicare:

- Volveremos a pagar sus beneficios de Michigan Medicaid.
- Pagaremos cualquier servicio de Michigan Medicaid que haya recibido mientras esperaba que se reanudara su cobertura de Michigan Medicaid. No pagaremos ningún servicio basado en el hogar y la comunidad (HCBS) que haya recibido durante el tiempo en que su elegibilidad para Medicaid no estaba activa.
- Su afiliación a nuestro plan continuará.

Si no puede recuperar Michigan Medicaid en un plazo de seis meses, cancelaremos su afiliación a Humana Dual integrated (HMO-DSNP). Si recupera la elegibilidad para Michigan Medicaid después de que se cancele su afiliación, deberá comunicarse con nosotros para volver a afiliarse al plan.

Durante este tiempo, le ayudaremos a recuperar la elegibilidad para Michigan Medicaid.

Llame al Departamento de Servicios para afiliados para obtener más información.

Podemos hacer que deje nuestro plan por los siguientes motivos solo si primero obtenemos permiso de Medicare y de Medicaid:

- Si intencionalmente nos da información incorrecta cuando se está afiliando a nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si continuamente se comporta de una manera que es perturbadora y que nos dificulta brindarle cuidado médico a usted y a otros afiliados de nuestro plan.
- Si deja que otra persona use su tarjeta de identificación de afiliado para obtener cuidado médico. (Es posible que Medicare le pida al Inspector General que investigue su caso si terminamos su afiliación por este motivo).

F. Reglas que prohíben pedirle que deje nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud

No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud. Si cree que le estamos pidiendo que deje nuestro plan por un 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 a presentar una queja si terminamos su afiliación a nuestro plan

Si terminamos su afiliación a nuestro plan, debemos informarle por escrito nuestras razones para terminar su afiliación. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja formal o una queja sobre nuestra decisión de terminar su afiliación. También puede consultar el **Capítulo 9** de este *Manual para afiliados* para obtener información sobre cómo presentar una queja.

H. Cómo obtener más información sobre cómo terminar su afiliación al plan

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos terminar su afiliación, puede llamar al Departamento de Servicios para afiliados al número que aparece en la parte inferior de esta página.

Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye avisos legales que se aplican a su afiliación a nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para afiliados*.

Índice

A. Aviso sobre las leyes 228

B. Aviso sobre la no discriminación 228

C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario y Michigan Medicaid como pagador de último recurso 229

A. Aviso sobre las leyes

Muchas leyes se aplican a este *Manual para afiliados*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades aunque las leyes no se incluyan ni se expliquen en este *Manual para afiliados*. Las principales leyes que se aplican son las leyes federales sobre los programas Medicare y Michigan Medicaid. También pueden aplicarse otras leyes federales y estatales.

B. Aviso sobre la no discriminación

No discriminamos ni le damos un trato diferente por motivos de raza, origen étnico, origen nacional, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, historial de reclamos, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto:

- 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 su Oficina de Derechos Civiles local al (800) 368-1019.
- Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a los servicios de cuidado de salud o a un proveedor, llame al Departamento de Servicios para afiliados. Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, el Departamento de Servicios para afiliados puede ayudarle.

C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario y Michigan Medicaid como pagador de último recurso

A veces, otra persona o entidad debe pagar primero por los servicios que le brindamos. Por ejemplo, si tiene un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, el seguro o la Compensación para Trabajadores 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 los reglamentos federales y estatales relacionados con la responsabilidad legal de terceros por los servicios de cuidado de salud que se brindan a los afiliados. Tomamos todas las medidas razonables para asegurar que Michigan Medicaid sea el pagador de último recurso.

Aviso de prácticas de privacidad

Para su información personal de salud

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y

CÓMO PUEDE USTED OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE.

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

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, según lo permita la ley. Esto incluye el derecho a hacer cambios en nuestras prácticas de privacidad y a que los términos revisados de nuestro aviso entren en vigor para toda la información personal y de salud que conservamos. Esto incluye la información que creamos o recibimos antes de hacer los cambios. Cuando hagamos un cambio importante en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este aviso y enviaremos el aviso a los suscriptores de nuestro plan de salud.

¿Qué es la información personal y de salud?

La información personal y de salud (de aquí en adelante, “información”) incluye tanto información médica como información de identificación personal, como su nombre, dirección, número de teléfono o número de Seguro Social. El término “información” en este aviso incluye cualquier información personal y de salud creada o recibida por un proveedor de cuidado de salud o un plan de salud que se relacione con su salud o afección física o mental, con la prestación de cuidado de salud a usted o con el pago de dicho cuidado de 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 con nuestra propia política, tenemos la responsabilidad de proteger la privacidad de su información. Contamos con medidas de protección para proteger su información de diversas maneras, entre ellas:

- Limitar quién puede ver su información

- Limitar cómo usamos o divulgamos su información
- Informarle sobre nuestras obligaciones legales respecto a su información
- Capacitar a nuestros asociados sobre las políticas y los procedimientos de privacidad de la compañía

¿Cómo usamos y divulgamos su información?

Debemos usar y divulgar su información:

- A usted o a alguien que tenga el derecho legal de 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, un hospital u otro proveedor de cuidado de salud para que usted pueda recibir cuidado médico
- Para actividades de pago, incluido el pago de reclamos por servicios cubiertos que le presten los proveedores de cuidado de salud y para los pagos de primas del plan de salud
- Para actividades de operaciones de cuidado de salud, incluidos el procesamiento de su afiliación, la respuesta a sus consultas y solicitudes de servicios, la coordinación de su cuidado, la resolución de disputas, la administración médica, el mejoramiento de la calidad, la revisión de la competencia de los profesionales de cuidado de salud y la determinación de las primas
- Para realizar actividades de evaluación de riesgos (underwriting). Sin embargo, no usaremos ningún resultado de pruebas genéticas ni haremos preguntas sobre los antecedentes familiares.
- A su patrocinador del plan para permitirle realizar funciones de administración del plan, como actividades de elegibilidad, afiliación y cancelación de la afiliación. Es posible que compartamos con su patrocinador del plan información de salud resumida sobre usted en ciertas situaciones, por ejemplo, para permitir que su patrocinador del plan obtenga ofertas de otros planes de salud. No compartiremos información de salud detallada con su patrocinador del plan, a menos que usted nos dé su permiso o que su patrocinador del plan haya certificado que acepta mantener la privacidad de su información.
- Para comunicarnos con usted con información sobre beneficios y servicios relacionados con la salud, recordatorios de citas o sobre alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés, si usted no ha optado por no participar como se describe a continuación
- A sus familiares y amigos si usted no puede comunicarse, como en una emergencia
- A sus familiares y amigos o a cualquier otra persona que usted identifique, siempre que la información esté directamente relacionada con su participación en su cuidado de salud o en el pago de ese cuidado. Por ejemplo, si un familiar o un cuidador nos llama y ya tiene conocimiento de un reclamo, es posible que confirmemos si el reclamo se recibió y se pagó o no.
- Para proporcionar información de pago al suscriptor a fin de que la justifique ante el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service)

- A las agencias de salud pública si creemos que existe una amenaza grave para la salud o la seguridad
- A las autoridades correspondientes cuando existan problemas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- En respuesta a una orden judicial o administrativa, citación, solicitud de exhibición de pruebas u otro proceso legal
- Para fines de cumplimiento de la ley, a las autoridades militares y según lo exija la ley de otro modo
- Para ayudar en las labores de socorro en casos de desastre
- Para programas de cumplimiento y actividades de supervisión de la salud
- Para cumplir con nuestras obligaciones conforme a cualquier ley o contrato de compensación laboral
- Para evitar una amenaza grave e inminente para su salud o seguridad, o para 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 forense, médico forense o director de funeraria.

¿Usaremos su información para fines que no se describen en este aviso?

En todas las situaciones distintas de las que se describen en este aviso, le pediremos su permiso por escrito antes de usar o divulgar su información. Puede revocar su permiso en cualquier momento si nos lo notifica por escrito. No usaremos ni divulgaremos su información por ningún motivo que no se describa en este aviso sin su permiso. Los siguientes usos y divulgaciones requerirán una autorización:

- La mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia
- Fines de mercadeo
- Venta de información de salud protegida

¿Qué hacemos con su información cuando usted ya no es afiliado o no obtiene cobertura a través de nosotros?

Su información puede seguir usándose para los fines que se describen en este aviso cuando se termine su afiliación o cuando usted no obtenga cobertura a través de nosotros.

Después del período de retención exigido por la ley, destruimos la información siguiendo procedimientos estrictos para mantener la confidencialidad.

¿Cuáles son mis derechos respecto a mi información?

Los siguientes son sus derechos con respecto a su información. Nos comprometemos a responder a su solicitud de derechos de manera oportuna:

- Acceso: Usted tiene derecho a revisar y obtener una copia de su información que pueda usarse para tomar decisiones sobre usted, como los registros de reclamos y de administración de casos o

administración médica. También puede recibir un resumen de esta información de salud. Si solicita copias, es posible que le cobremos un cargo por cada página, un cargo por hora por el tiempo que el personal dedique a buscar y copiar su información, y el franqueo.

- Decisión adversa de evaluación de riesgos: Usted tiene derecho a que se le dé una razón del rechazo o de la decisión adversa de evaluación de riesgos si rechazamos su solicitud o su seguro. (Este derecho se aplica solo a nuestros residentes de Massachusetts, de acuerdo con los reglamentos estatales).
- Comunicaciones alternativas: Usted tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales de su información de una manera diferente o en un lugar diferente para evitar una situación que ponga en peligro su vida. Atenderemos su solicitud si es razonable.
- Enmienda: Usted tiene derecho a solicitar la corrección de cualquier parte de esta información personal mediante una enmienda o eliminación. Dentro de los 30 días hábiles siguientes a la recepción de su solicitud por escrito, le notificaremos la enmienda o eliminación de la información en disputa, o nuestra negativa a hacer dicha corrección después de una investigación adicional. En caso de que nos neguemos a enmendar o eliminar la información en disputa, usted tiene derecho a presentarnos una declaración por escrito de las razones por las que no está de acuerdo con nuestra evaluación de la información en disputa y de lo que usted considera que es la información correcta. Pondremos dicha declaración a disposición de todas y cada una de las partes que revisen la información en disputa.
- Divulgación: Usted tiene derecho a recibir una lista de las ocasiones en que nosotros o nuestros socios comerciales hemos divulgado su información para fines distintos del tratamiento, el pago, las operaciones del plan de salud y otras actividades determinadas. Conservamos esta información y la ponemos a su disposición durante un período de seis años, si usted la solicita. Si solicita esta lista más de una vez en un período de 12 meses, es posible que le cobremos un cargo razonable basado en el costo por responder a estas solicitudes adicionales.
- Aviso: Usted tiene derecho a recibir una copia por escrito de este aviso en cualquier momento en que la solicite.
- Restricción: Usted tiene derecho a pedir que se restrinjan los usos o las divulgaciones de su información. No estamos obligados a aceptar estas restricciones, pero si las aceptamos, cumpliremos nuestro acuerdo. También tiene derecho a aceptar o terminar una restricción presentada anteriormente.

¿Qué tipos de comunicaciones que se me envían puedo optar por no recibir?

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

¿Cómo ejerzo mis derechos u obtengo una copia de este aviso?

Todos sus derechos de privacidad se pueden ejercer obteniendo los formularios de solicitud de derechos de privacidad correspondientes. Puede obtener cualquiera de los formularios de las siguientes maneras:

- Comunicándose con nosotros al 866-432-0001 (TTY: 711) en cualquier momento. La llamada es gratuita.
- Visitando nuestro sitio web en **es-www.Humana.com** y yendo al enlace de Prácticas de privacidad (Privacy Practices)
- Enviándonos un correo electrónico a privacyoffice@humana.com
- Enviando el formulario de solicitud completado a:

Humana Inc.
Privacy Office 003/10911
101 E. Main Street
Louisville, KY 40202

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye los términos clave que se usan en todo el *Manual para afiliados*, con sus definiciones. Los términos aparecen en orden alfabético. Si no encuentra un término que busca o si necesita más información de la que incluye una definición, comuníquese con el Departamento de Servicios para afiliados.

Actividades de la vida diaria (ADL): Las cosas que las personas hacen en un día normal, como comer, usar el inodoro, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Administración de terapia con medicamentos (MTM): Un programa de Medicare Part D para necesidades de salud complejas que se ofrece a las personas que cumplen ciertos requisitos o que están en un Programa de manejo de medicamentos. Los servicios de MTM por lo general incluyen una conversación con un farmacéutico o un proveedor de cuidado de salud para revisar los medicamentos. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para afiliados* para obtener más información.

Afiliado (afiliado de nuestro plan o afiliado del plan): Una persona con Medicare y Medicaid que califica para recibir servicios cubiertos, que se ha afiliado a nuestro plan y cuya afiliación ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y el estado.

Apelación: Una manera de impugnar nuestra acción si cree que cometimos un error. Puede pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura presentando una apelación. El **Capítulo 9** de este *Manual para afiliados* explica las apelaciones, incluido cómo presentar una apelación.

Área de servicio: Un área geográfica donde un plan de salud acepta afiliados si limita la afiliación según el lugar donde viven las personas. En el caso de los planes que limitan qué médicos y hospitales puede usar, por lo general es el área donde puede recibir servicios de rutina (que no son de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden afiliarse a nuestro plan.

Asistente de salud en el hogar: Una persona que presta servicios que no necesitan las destrezas de un enfermero o terapeuta con licencia, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el inodoro, vestirse o hacer los ejercicios recetados). Los asistentes de salud en el hogar no tienen licencia de enfermería ni prestan terapia.

Audiencia estatal: Si su médico u otro proveedor pide un servicio de Medicaid que no aprobaremos, o si no seguiremos pagando un servicio de Medicaid que usted ya tiene, puede pedir una Audiencia estatal. Si la Audiencia estatal se decide a su favor, debemos darle el servicio que pidió.

Autorización previa (PA): Una aprobación que debe obtener de nosotros antes de poder recibir un servicio o medicamento específico o de usar un proveedor fuera de la red. Es posible que nuestro plan no cubra el servicio o medicamento si usted no obtiene la aprobación primero.

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos de la red solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene de nosotros una PA.

- Los servicios cubiertos que necesitan PA de nuestro plan están marcados en el **Capítulo 4** de este *Manual para afiliados*.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos solo si usted obtiene de nosotros una PA.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan PA de nuestro plan están marcados en la *Lista de medicamentos cubiertos*, y las reglas están publicadas en nuestro sitio web.

Ayuda Adicional (Extra Help): Un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos de los medicamentos de Medicare Part D, como las primas, los deducibles y los copagos. La Ayuda Adicional (Extra Help) también se llama “Subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

Biosimilar: Un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta. (Consulte “Biosimilar intercambiable”).

Biosimilar intercambiable: Un biosimilar que se puede sustituir en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple requisitos adicionales relacionados con la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a las leyes estatales.

Cancelación de la afiliación: El proceso de terminar su afiliación a nuestro plan. La cancelación de la afiliación puede ser voluntaria (por su propia decisión) o involuntaria (no por su propia decisión).

Capacitación en competencia cultural: Capacitación que brinda instrucción adicional a nuestros proveedores de cuidado de salud para ayudarles a comprender mejor sus antecedentes, valores y creencias, a fin de adaptar los servicios para satisfacer sus necesidades sociales, culturales y de idioma.

Centro de enfermería especializada (SNF): Un centro de enfermería con el personal y el equipo para dar cuidado de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializada y otros servicios de salud relacionados.

Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF): Un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Brinda una variedad de servicios, incluidos fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: Un centro que brinda cirugía para pacientes ambulatorios a pacientes que no necesitan cuidado hospitalario y que no se espera que necesiten más de 24 horas de cuidado.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal a cargo de Medicare. El **Capítulo 2** de este *Manual para afiliados* explica cómo comunicarse con los CMS.

Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo): Un consejo que revisa una apelación de nivel 4. El Consejo forma parte del gobierno federal.

Coordinador de cuidado: 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.

Copago: Una cantidad fija que usted paga como su parte del costo cada vez que obtiene ciertos medicamentos. Por ejemplo, podría pagar $2 o $5 por un medicamento.

Costo compartido: Las cantidades que tiene que pagar cuando obtiene ciertos medicamentos. El costo compartido incluye los copagos.

Cuidado de emergencia: Servicios cubiertos prestados por un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia y que se necesitan para tratar una emergencia médica o de salud del comportamiento.

Cuidado de hospicio: Un programa de cuidado y apoyo para ayudar a las personas que tienen un pronóstico terminal a vivir cómodamente. Un pronóstico terminal significa que se ha certificado médicamente que una persona tiene una enfermedad terminal, es decir, que tiene una esperanza de vida de seis meses o menos.

- Un afiliado que tiene un pronóstico terminal tiene derecho a elegir el cuidado de hospicio.
- Un equipo de profesionales y cuidadores con capacitación especial brinda cuidado a la persona en su totalidad, incluidas sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Estamos obligados a darle una lista de proveedores de cuidado de hospicio en su área geográfica.

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 la fisioterapia o las inyecciones intravenosas (IV) que puede dar un enfermero titulado o un médico.

Cuidado que se necesita de urgencia: Cuidado que recibe por una enfermedad, lesión o afección imprevista que no es una emergencia, pero que necesita cuidado de inmediato. Puede recibir cuidado que se necesita de urgencia de proveedores fuera de la red cuando no puede llegar a los proveedores de la red porque, dado el momento, el lugar o las circunstancias, no es posible o no es razonable obtener los servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando está fuera del área de servicio del plan y necesita servicios inmediatos médicamente necesarios por una afección imprevista, pero no es una emergencia médica).

D-SNP integrado: Un plan para personas con necesidades especiales que tienen doble elegibilidad que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid en un solo plan de salud para ciertos grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Estas personas se conocen como personas con doble elegibilidad y beneficios completos.

Decisión de cobertura: Una decisión sobre qué beneficios cubrimos. Esto incluye decisiones sobre los medicamentos y servicios cubiertos o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios de salud. El **Capítulo 9** de este *Manual para afiliados* explica cómo pedirnos una decisión de cobertura.

Departamento de Servicios para afiliados: Un departamento de nuestro plan que se encarga de responder sus preguntas sobre la afiliación, los beneficios, las quejas formales y las apelaciones. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para afiliados* para obtener más información sobre el Departamento de Servicios para afiliados.

Determinación de la organización: Nuestro plan toma una determinación de la organización cuando nosotros, o uno de nuestros proveedores, decidimos si los servicios están cubiertos o cuánto paga usted por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se llaman “decisiones de cobertura”. El **Capítulo 9** de este *Manual para afiliados* explica las decisiones de cobertura.

Emergencia: Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que usted tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un bebé por nacer. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Equipo de cuidado: Consulte “Equipo de cuidado interdisciplinario”.

Equipo de cuidado interdisciplinario (ICT o equipo de cuidado): Un equipo de cuidado puede incluir médicos, enfermeros, consejeros u otros profesionales de la salud que están para ayudarle a obtener el cuidado que necesita. Su equipo de cuidado también le ayuda a hacer un plan de cuidado.

Equipo médico duradero (DME): Ciertos artículos que su médico ordena para que usted use en su propio hogar. Ejemplos de estos artículos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital ordenadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores de voz, equipo y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Especialista: Un médico que brinda cuidado de salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específica.

Etapa de cobertura catastrófica: La etapa del beneficio de medicamentos de Medicare Part D en la que nuestro plan paga todos los costos de sus medicamentos de la Parte D hasta el final del año. Usted comienza esta etapa cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) ha gastado **$2100** en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año.

Etapa de cobertura inicial: La etapa antes de que sus gastos totales en medicamentos de Medicare Part D lleguen a **$2100**. Esto incluye los montos que usted pagó, lo que nuestro plan pagó en su nombre y el subsidio por bajos ingresos. Usted comienza en esta etapa cuando surte su primera receta del año. Durante esta etapa, nosotros pagamos parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte.

Evaluación de riesgos de salud (HRA): Una revisión de su historial médico y de su estado actual. Se usa para conocer su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Excepción: Permiso para obtener cobertura de un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

Facturación indebida o inapropiada: Una situación en la que un proveedor (como un médico o un hospital) le factura más que nuestro monto de costo compartido por los servicios. Llame al Departamento de Servicios para afiliados si recibe alguna factura que no entiende.

Como nosotros pagamos el costo total de sus servicios, usted **no** debe ningún costo compartido. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.

Farmacia de la red: Una farmacia (droguería) que aceptó surtir recetas para los afiliados de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque aceptaron trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, cubrimos sus recetas solo cuando se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no ha aceptado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Herramienta de beneficios en tiempo real: Un portal o una aplicación informática en la que los afiliados pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica para cada afiliado sobre los medicamentos cubiertos y los beneficios. Esto incluye los montos de costo compartido, los medicamentos alternativos que se pueden usar para la misma afección de salud que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Hogar para personas de la tercera edad o centro de enfermería: Un lugar que brinda cuidado a las personas que no pueden recibir su cuidado en el hogar, pero que no necesitan estar en el hospital.

Información personal de salud (también llamada información de salud protegida) (PHI): Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de Seguro Social, consultas médicas e historial médico. Consulte nuestro Aviso de prácticas de privacidad para obtener más información sobre cómo protegemos, usamos y divulgamos su PHI, así como sobre sus derechos con respecto a su PHI.

Juez de derecho administrativo: Un juez que revisa una apelación de nivel 3.

Límites de cantidad: Un límite en la cantidad de un medicamento que usted puede tener. Es posible que limitemos la cantidad del medicamento que cubrimos por receta.

***Lista de medicamentos cubiertos* (*Lista de medicamentos*):** Una *lista de medicamentos* con receta y de venta sin receta (OTC) que cubrimos. Elegimos los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* le indica si hay alguna regla que debe seguir para obtener sus medicamentos. La *Lista de medicamentos* a veces se llama “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 le ayudan a permanecer en su hogar para que no tenga que ir a un centro de enfermería o a un hospital. Los LTSS incluyen servicios basados en la comunidad y centros de enfermería (NF).

***Manual para afiliados* e información de divulgación:** Este documento, junto con su formulario de afiliación y cualquier otro anexo o cláusula adicional, que explican su cobertura, lo que nosotros debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como afiliado de nuestro plan.

Medicaid (o Asistencia Médica): Un programa administrado por 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.

Médicamente necesario: Describe los servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye el

cuidado que evita que usted tenga que ir a un hospital o a un centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con las normas aceptadas de la práctica médica.

Medicamento de marca: Un medicamento que fabrica y vende la compañía que originalmente fabricó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos generalmente los fabrican y venden otras compañías farmacéuticas y, por lo general, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento de marca.

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.

Medicamentos cubiertos: El término que usamos para referirnos a todos los medicamentos con receta y de venta sin receta (OTC) que cubre nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: Consulte “Medicamentos de Medicare Part D”.

Medicamentos de Medicare Part D: Medicamentos cubiertos por Medicare Part D. El Congreso excluyó específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de Medicare Part D. Es posible que Medicaid cubra algunos de estos medicamentos.

Medicamentos de venta sin receta (OTC): Los medicamentos de venta sin receta son fármacos o medicinas que una persona puede comprar sin una receta de un profesional de cuidado de salud.

Medicare: El programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente y necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Medicare Original o de un plan de cuidado administrado (consulte “Plan de salud”).

Medicare Advantage: Un programa de Medicare, también conocido como “Medicare Part C” o “MA”, que ofrece planes a través de compañías privadas. Medicare les paga a estas compañías para que cubran sus beneficios de Medicare.

Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare de pago por servicio): El gobierno ofrece Medicare Original. Con Medicare Original, los servicios se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de salud los montos que determina el Congreso.

- Puede usar cualquier médico, hospital u otro proveedor de cuidado de salud que acepte Medicare. Medicare Original tiene dos partes: Medicare Part A (seguro de hospital) y Medicare Part B (seguro médico).
- Medicare Original está disponible en todas partes de los Estados Unidos.
- Si no quiere estar en nuestro plan, puede elegir Medicare Original.

Medicare Part A: El programa de Medicare que cubre la mayor parte del cuidado médicamente necesario en hospitales, centros de enfermería especializada, salud en el hogar y cuidado de hospicio.

Medicare Part B: El programa de Medicare que cubre servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y consultas médicas) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. Medicare Part B también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Medicare Part C: El programa de Medicare, también conocido como “Medicare Advantage” o “MA”, que permite a las compañías privadas de seguro de salud dar beneficios de Medicare a través de un plan MA.

Medicare Part D: El programa de beneficios de medicamentos de Medicare. Para abreviar, llamamos a este programa “Parte D”. Medicare Part D cubre medicamentos para pacientes ambulatorios, vacunas y algunos suministros que no cubren Medicare Part A, Medicare Part B ni Medicaid. Nuestro plan incluye Medicare Part D.

MI Coordinated Health (MICH): MICH es un plan para necesidades especiales para personas con doble elegibilidad altamente integrado (HIDE SNP) que ofrece a los afiliados los beneficios tanto de Medicare como de Medicaid. El plan incluye todos los servicios de Medicare y la mayoría de los beneficios de Medicaid, como los servicios y apoyos a largo plazo, con excepción de ciertos servicios de salud del comportamiento y de transición a la comunidad.

Michigan Medicaid: Este es el nombre del programa Medicaid de Michigan. Michigan Medicaid es administrado por el estado y lo pagan el estado y el gobierno federal. Ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo y los costos médicos.

- Cubre servicios adicionales y algunos medicamentos que Medicare no cubre.
- Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos del cuidado de salud están cubiertos si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid.

Nivel de costo compartido: Un grupo de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento de la *Lista de medicamentos cubiertos* (también conocida como la *Lista de medicamentos*) está en uno de 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será su costo por el medicamento.

Niveles de medicamentos: Grupos de medicamentos de 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* está en uno de 5 niveles.

Ombudsman: Una oficina de su estado que actúa como defensor en su nombre. Puede responder preguntas si usted tiene un problema o una queja y puede ayudarle a entender qué hacer. Los servicios del Ombudsman son gratuitos. Puede encontrar más información en los **Capítulos 2 y 9** de este *Manual para afiliados*.

Organización de revisión independiente (IRO): Una organización independiente contratada por Medicare que revisa una apelación de nivel 2. No está relacionada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si se debe cambiar. Medicare supervisa su trabajo. El nombre formal es Entidad de revisión independiente.

Organización para el mejoramiento de calidad (QIO): Un grupo de médicos y otros expertos en cuidado de salud que ayudan a mejorar la calidad del cuidado para las personas que tienen Medicare. El gobierno federal

le paga a la QIO para que revise y mejore el cuidado que se da a los pacientes. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para afiliados* para obtener información sobre la QIO.

Paciente internado: Término que se usa cuando usted es admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no es admitido formalmente, es posible que se le siga considerando paciente ambulatorio en lugar de paciente internado, aunque pase la noche en el hospital.

Parte A: Consulte “Medicare Part A”.

Parte B: Consulte “Medicare Part B”.

Parte C: Consulte “Medicare Part C”.

Parte D: Consulte “Medicare Part D”.

Persona inscrita en Medicare y Medicaid: Una persona que califica para la cobertura de Medicare y de Medicaid. A una persona inscrita en Medicare y Medicaid también se le llama “persona con doble elegibilidad”.

Plan de cuidado: Consulte “Plan de cuidado individualizado”.

Plan de cuidado individualizado (ICP o plan de cuidado): Un plan sobre qué servicios recibirá y cómo los recibirá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud del comportamiento y servicios y apoyos a largo plazo.

Plan de salud: Una organización formada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También tiene coordinadores de cuidado que le ayudan a manejar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan juntos para darle el cuidado que necesita.

Plan para necesidades especiales para personas con doble elegibilidad altamente integrado (HIDE SNP): Un plan para necesidades especiales para personas con doble elegibilidad que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid en un solo plan de salud para personas con doble elegibilidad con beneficios completos. Para calificar como HIDE SNP, un D-SNP debe cubrir los servicios de salud del comportamiento de Medicaid o los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS).

Plan para personas con necesidades especiales que tienen doble elegibilidad (D-SNP): Plan de salud que atiende a personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Nuestro plan es un D-SNP.

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 exactamente, por lo que las formas alternativas se llaman biosimilares. (Consulte también “Producto biológico original” y “Biosimilar”).

Producto biológico original: Un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y que sirve como punto de comparación para los fabricantes que hacen una versión biosimilar. También se llama producto de referencia.

Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP): Un programa que ayuda a las personas elegibles que viven con el VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas.

Programa de manejo de medicamentos (DMP): Un programa que ayuda a asegurar que los afiliados usen de forma segura los opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia

Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP): Un programa estructurado de cambio de conductas de salud que ofrece capacitación sobre cambios en la alimentación a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias para superar los desafíos de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.

Prótesis y ortesis: Dispositivos médicos ordenados por su médico u otro proveedor de cuidado de salud que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para el brazo, la espalda y el cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos los suministros para ostomía y la terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de cuidado primario (PCP): El médico u otro proveedor al que usted acude primero para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que usted reciba el cuidado que necesita para mantenerse saludable.

- También puede hablar con otros médicos y proveedores de cuidado de salud sobre su cuidado y darle un referido para ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, usted debe acudir a su proveedor de cuidado primario antes de acudir a cualquier otro proveedor de cuidado de salud.
- Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual para afiliados* para obtener información sobre cómo recibir cuidado de proveedores de cuidado primario.

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general que usamos para los médicos, enfermeros y otras personas que le prestan servicios y cuidado. El término también incluye hospitales, agencias de salud en el hogar, clínicas y otros lugares que le prestan servicios de cuidado de salud, equipo médico y servicios y apoyos a largo plazo.

- Tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de cuidado de salud.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con nuestro plan de salud, aceptan nuestro pago y no les cobran un monto adicional a los afiliados.
- Mientras sea afiliado de nuestro plan, debe usar proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. A los proveedores de la red también se les llama “proveedores del plan”.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: Un proveedor o centro que no es empleado, propiedad ni operado por nuestro plan y que no tiene un contrato para prestar servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. El **Capítulo 3** de este *Manual para afiliados* explica los proveedores o centros fuera de la red.

Queja: Una declaración escrita o verbal en la que dice que tiene un problema o una inquietud sobre sus servicios cubiertos o su cuidado. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad del servicio, la calidad de su cuidado, nuestros proveedores de la red o nuestras farmacias de la red. El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una queja formal”.

Queja formal: Una queja que usted presenta sobre nosotros o sobre uno de nuestros proveedores o farmacias de la red. Esto incluye una queja sobre la calidad de su cuidado o la calidad del servicio que presta su plan de salud.

Referido: Un referido es la aprobación de su proveedor de cuidado primario (PCP) para acudir a un proveedor que no sea su PCP. Si no obtiene la aprobación primero, es posible que no cubramos los servicios. No necesita un referido para acudir a ciertos especialistas, como los especialistas en salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre los referidos en los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual para afiliados*.

Salud del comportamiento: Un término que abarca todo y que se refiere a la salud mental y al trastorno por consumo de sustancias.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): Un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que tienen una discapacidad, son ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Servicios cubiertos: El término general que usamos para referirnos a todo el cuidado de salud, los servicios y apoyos a largo plazo, los suministros, los medicamentos con receta y de venta sin receta, el equipo y otros servicios que cubre nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por Medicare Part A y Medicare Part B. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que cubren Medicare Part A y Medicare Part B.

Servicios de rehabilitación: Tratamiento que recibe para ayudarle a recuperarse de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Estos servicios incluyen cuidado de rehabilitación como paciente internado, fisioterapia (como paciente ambulatorio), terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual para afiliados* para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Servicios excluidos: Servicios que este plan de salud no cubre.

Servicios preventivos: Cuidado de salud para prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa temprana, cuando es más probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen las pruebas de Papanicolaou, las vacunas contra la gripe y las mamografías de detección)

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Consulte “Ayuda Adicional (Extra Help)”.

Tasa diaria de costo compartido: Una tasa que puede aplicarse cuando su médico le receta un suministro menor que el de un mes completo de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago. Una tasa diaria de costo compartido es el copago dividido entre el número de días de un suministro para un mes. Este es un ejemplo: Supongamos que el copago de su medicamento para un suministro de un mes completo (un suministro para 30 días) es de $1.35. Esto significa que el monto que usted paga por su medicamento es menos de $0.05 por día. Si obtiene un suministro del medicamento para siete días, su pago es menos de $0.05 por día multiplicado por siete días, lo que da un pago total de menos de $0.35.

Terapia escalonada: Una regla de cobertura que exige que usted pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que pide.

Declaración de divulgación de la PRA De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número de control de la OMB válido. El número de control de la OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1444. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Aviso de no discriminación

Humana Inc. y sus subsidiarias cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan ni excluyen a las personas por motivos de raza, color, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, etnia, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud. Humana Inc.:

- Ofrece a las personas con discapacidades modificaciones razonables y ayudas y servicios auxiliares apropiados y gratuitos para comunicarse de manera eficaz con nosotros, como:
  - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra de imprenta grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Ofrece servicios gratuitos de asistencia con el idioma a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, que pueden incluir:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, ayudas auxiliares apropiadas o servicios de asistencia con el idioma, comuníquese al **877-320-1235 (TTY: 711)**. Horario de atención: de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este. Si cree que Humana Inc. no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado por motivos de raza, color, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, etnia, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud, puede presentar una queja formal en persona o por correo postal o correo electrónico ante el Coordinador de No Discriminación de Humana Inc. en P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, **877-320-1235 (TTY: 711)**, o **accessibility@humana.com**. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Coordinador de No Discriminación de Humana Inc. puede ayudarle.

También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., de forma electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**, o por correo postal o por teléfono en:

- 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)**

Este aviso está disponible en **es-www.humana.com/legal/non-discrimination-disclosure**.

MINDN2026HUM_0826

Notice of Availability - Auxiliary Aids and Services Notice

English: Free language, auxiliary aid, and alternate format services are available. Call **877-320-1235 (TTY: 711)**.

አማርኛ [Amharic]:-ነፃ ቋንቋ፣ አጋዥ ማዳመጫ፣ እና አማራጭ ቅርፀት ያላቸው አገልግሎቶችም ይገኛሉ። በ **877-320-1235 (TTY: 711)** ላይ ይደውሉ።

العربية [Arabic]: تتوفر خدمات اللغة والمساعدة الإضافية والتنسّيق البديل مجاناً. 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)** հեռախոսահամարով:

Bǎsóò [Bassa]: Wudu-xwíníín-mú-zà-zà kǔà, hwòdǒ-fónɔ́-nyɔ,, kè nyɔ-ɓɔ̌-po-kà ɓě ɓé wa nyuɛsé wídí péè-péèdò kɔ.̌ Ɓá **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]: Gen sèvis lengwistik gratis, èd oksilyè, ak lòt fòma sèvis ki disponib. Rele **877-320-1235 (TTY: 711).**

Hrvatski [Croatian]: Dostupne su besplatne jezične usluge, usluge dodatne pomoći i 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 d’assistance linguistique, d’aide auxiliaire et de format alternatif sont disponibles. Appelez le **877-320-1235 (ATS : 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] : મફત 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)**

हिंदी [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)**.

Bekee [Igbo]: Asụsụ n’efu, enyemaka nkwarụ, na ọrụ usoro ndị ọzọ dị. Kpọọ **877-320-1235 (TTY: 711)**.

GHHNOA2026HUM_0526

Italiano [Italian]: Sono disponibili servizi gratuiti di supporto linguistico, assistenza ausiliaria e formati alternativi. Chiamare 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。

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]: ມີບໍລິການພາສາ, ອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້. ໂທ **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Diné [Navajo]: Saad bee áná'álwo', bee haz'áanii, dóó naaltsoos t'áá ajiłii'ígíí bee ak'e'elyaaígíí t'áá jiik'eh hóló. **877-320-1235 (TTY: 711)** bich'į' hodíílnih.

नेपाली [Nepali]: नि:शुल्क भाषा सेवा, सहायक सामग्री र वैकल्पिक ढाँचाका सेवाहरू उपलब्ध छन् । **877-320-1235 (TTY: 711)** मा कल गर्नुहोस् ।

Polski [Polish]: Dostępne są bezpłatne usługi językowe, pomocnicze i alternatywne formaty. Zadzwoń pod numer **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Português [Brazilian 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]: மொழி,, உதவிப் பொருட்கள் மற்றும் மாற்று வடிவமைப்புச் சேவைகள் இலவசமாகக் கிடைக்கின்றன. **877-320-1235 (TTY: 711)** எண்ணை 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 miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hỗ trợ phụ trợ và định dạng thay thế. Hãy gọi **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Òyìnbó [Yoruba]: Àwọn iṣẹ́ àtìlẹ́hìn ìrànlọ́wọ́ èdè, àti ọ̀nà kíkà míràn wà lárọwọ́tó lọ́fẹ̀ẹ́.
Pe **877-320-1235 (TTY: 711)**.

This notice is available at **https://www.humana.com/legal/multi-language-support**.

Departamento de Servicios para afiliados de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP)

LLAME AL	855-281-6070 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. El Departamento de Servicios para afiliados también ofrece servicios gratuitos de intérpretes de idiomas 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.
ESCRIBA	Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) P.O. Box 14359 Lexington, KY 40512-4359
SITIO WEB	es-www.Humana.com