

2026

Manual para Afiliados

Humana Dual Integrated (HMO D-SNP)

Este es un Plan de Necesidades Especiales para Personas con Doble Elegibilidad Sumamente Integrado (HIDE, por sus siglas en inglés).

South Carolina

Humana®

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

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

Su Cobertura de Medicare y Beneficios de Salud de Healthy Connections de Medicaid, Servicios y Cobertura para Medicamentos Recetados como Afiliado a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP)

Introducción al *Manual para Afiliados*

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

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

Cuando este *Manual para Afiliados* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP).

Este documento está disponible en inglés en forma gratuita.

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

Puede hacer una solicitud permanente para obtener materiales, ahora y en el futuro, en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo.

- Servicios para Afiliados si desea hacer o cambiar una solicitud permanente al 866-432-0001 (TTY: 711). El Servicio para Afiliados está disponible los 7 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.
- Mantendremos su idioma preferido distinto del inglés y/o el formato alternativo para futuros envíos y comunicaciones.
- No tendrá que realizar una solicitud independiente cada vez.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

Índice

Capítulo 1: Cómo afiliarse	3
Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes	14
Capítulo 3: Uso de la cobertura de nuestro plan para su cuidado de la salud y otros servicios con cobertura	27
Capítulo 4: Tabla de beneficios	46
Capítulo 5: Obtener sus medicamentos ambulatorios	121
Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos Medicare y Healthy Connections de Medicaid	141
Capítulo 7: Solicitar el pago de nuestra parte correspondiente de una factura que usted recibió por servicios o medicamentos cubiertos	155
Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades	160
Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)	175
Capítulo 10: Finalización de la afiliación a nuestro plan	213
Capítulo 11: Avisos legales	221
Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes	229

Descargo de responsabilidad

Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y Healthy Connections de Medicaid para proporcionar beneficios de ambos programas a los afiliados.

La cobertura en el marco de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) califica la cobertura de salud denominada “cobertura mínima esencial”. Cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad compartida individual, consulte el sitio web del Internal Revenue Service (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families. Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) ha sido aprobada por el National Committee for Quality Assurance (NCQA) para operar como un Plan de Necesidades Especiales (SNP) hasta el 31 de diciembre de 2026 basado en una revisión del Modelo de Cuidado de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP).

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

Los beneficios, las primas, los deducibles y/o los copagos o coseguros podrían cambiar el 1 de enero de 2027.

Nuestros medicamentos cubiertos y/o nuestra red de farmacias o de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre los cambios que puedan afectarle con, al menos, 30 días de anticipación.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es-www.humana.com.

Capítulo 1: Cómo afiliarse

Introducción

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

Índice

A. Le damos la bienvenida a nuestro plan	4
B. Información sobre Medicare y Healthy Connections Medicaid	4
B1. Medicare	4
B2. Healthy Connections Medicaid.....	4
C. Ventajas de nuestro plan.....	5
D. El área de servicio de nuestro plan	6
E. Cuáles son los requisitos para afiliarse.....	6
F. Qué esperar cuando se une por primera vez a nuestro plan de salud.....	7
G. Su equipo de cuidado y plan de cuidado	7
G1. Equipo de cuidado.....	7
G2. Plan de cuidado.....	8
H. Resumen de los costos importantes.....	8
H1. Prima del Plan	8
H2. Prima Mensual de la Parte B de Medicare	9
H3. Monto a pagar por un medicamento recetado de Medicare.....	9
I. Este <i>Manual para Afiliados</i>	9
J. Otra información importante que le ofrecemos	9
J1. Su Tarjeta de Identificación del Afiliado.....	10
J2. <i>Directorio de Proveedores y Farmacias</i>	10
J3. <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i>	11
J4. <i>SmartSummary</i>	12



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es-www.humana.com**.

K. Cómo mantener actualizado su registro de afiliación. 12

K1. Privacidad de la información personal sobre su salud (PHI) 13

A. Le damos la bienvenida a nuestro plan

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

Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) es un Plan Medicare Advantage especializado (un Plan de Necesidades Especiales de Medicare), lo que significa que sus beneficios se pensaron para personas con necesidades especiales de cuidado de la salud. Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) está diseñado para personas que tienen Medicare y Healthy Connections Medicaid. Como tiene Healthy Connections Medicaid, es posible que reciba asistencia con los costos compartidos de la Parte A y B de Medicare (deducibles, copagos y coseguros) y que reciba los servicios de cuidado de la salud de Medicare de forma gratuita. Healthy Connections Medicaid también puede proporcionarle otros beneficios con la cobertura de servicios de cuidado de la salud y medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos por Medicare. También recibirá la “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados de Medicare. Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) le ayudará a administrar todos estos beneficios para que obtenga los servicios de cuidado de la salud y asistencia de pago a los que tiene derecho. Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) lo gestiona una empresa privada. Al igual que todos los Planes de Medicare Advantage, Medicare aprueba este Plan de Necesidades Especiales. El plan también tiene contrato con el programa Healthy Connections Medicaid para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace proporcionarle cobertura para el cuidado de la salud de Medicare y Medicaid, que incluye la cobertura de medicamentos recetados.

B. Información sobre Medicare y Healthy Connections Medicaid

B1. Medicare

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

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

B2. Healthy Connections Medicaid

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

Cada estado decide:

- lo que cuenta como ingresos y recursos;
- quién es elegible;
- qué servicios están cubiertos; y
- el costo de los servicios.

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

Medicare y el estado de South Carolina deben aprobar Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) todos los años. Puede obtener servicios de Medicare y Healthy Connections de Medicaid a través de nuestro plan siempre que:

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

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

C. Ventajas de nuestro plan

Ahora obtendrá todos sus servicios cubiertos de Medicare y Healthy Connections de Medicaid de nuestro plan, incluidos los medicamentos. **No paga extra para afiliarse a este plan de salud.**

Ayudaremos a que sus beneficios de Medicare y Healthy Connections de Medicaid funcionen mejor juntos y le funcionen mejor a usted. Algunas de las ventajas incluyen las siguientes:

- Puede trabajar con nosotros para la **mayoría** de sus necesidades de cuidado de la salud.
- Tiene un equipo de cuidado que usted ayuda a formar. Su equipo de cuidado puede incluirlo a usted, a su cuidador, a médicos, a profesionales de enfermería, a asesores u a otros profesionales de la salud.
- Tiene un coordinador de cuidados. Esta persona trabaja con usted, con nuestro plan y con su equipo de cuidado para ayudarle a elaborar un plan de cuidado.
- Puede dirigir su propio cuidado con la ayuda de su equipo y coordinador de cuidado.
- Su equipo de cuidado y su coordinador de cuidado de la salud trabajarán con usted para idear un plan de cuidado diseñado para satisfacer **sus** necesidades de salud. El equipo de cuidado lo ayuda a coordinar los servicios que necesita. Por ejemplo, esto significa que su equipo de cuidado se asegura de lo siguiente:
 - Que sus médicos conozcan todos los medicamentos que toma para que puedan asegurarse de que está tomando los medicamentos adecuados y reducir cualquier efecto secundario que pueda tener por los medicamentos



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

- Que los resultados de sus pruebas se compartan con todos sus médicos y otros proveedores, según corresponda

Nuevos afiliados de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) H1396-001: En la mayoría de los casos, estará afiliado a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) H1396-001 para sus beneficios de Medicare el primer día del mes después de solicitar su afiliación a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) H1396-001. Aún puede recibir los servicios de South Carolina Healthy Connections Medicaid a través de su plan de salud anterior de South Carolina Healthy Connections Medicaid por un mes adicional. Después de eso, recibirá sus servicios de South Carolina Healthy Connections Medicaid a través de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) H1396-001. No habrá ninguna brecha en su cobertura de South Carolina Healthy Connections Medicaid. Llámenos al número que se encuentra en la parte inferior de la página si tiene alguna pregunta.

D. El área de servicio de nuestro plan

Nuestra área de servicio incluye estos condados en South Carolina: Abbeville, Aiken, Allendale, Anderson, Bamberg, Barnwell, Beaufort, Berkeley, Calhoun, Charleston, Cherokee, Chester, Chesterfield, Clarendon, Colleton, Darlington, Dillon, Dorchester, Edgefield, Fairfield, Florence, Georgetown, Greenville, Greenwood, Hampton, Horry, Jasper, Kershaw, Lancaster, Laurens, Lee, Lexington, Marion, Marlboro, McCormick, Newberry, Oconee, Orangeburg, Pickens, Richland, Saluda, Spartanburg, Sumter, Union, Williamsburg, York, SC.

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* a fin de obtener más información sobre las consecuencias de mudarse fuera de nuestra área de servicio.

E. Cuáles son los requisitos para afiliarse

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

- resida en nuestra área de servicio (las personas encarceladas no se consideran residentes del área geográfica de servicio, aunque físicamente se encuentren en ella); **y**
- tenga tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare; **y**
- sea ciudadano de los Estados Unidos o se encuentre legalmente presente en el país; **y**
- actualmente sea elegible para Healthy Connections Medicaid; **y**
- tenga 18 años o más en el momento de la afiliación.

Aunque cumpla con los criterios anteriores, no es elegible para nuestro plan si:

- es parte de la población con ingresos superiores que son elegibles gracias a sus gastos de Healthy Connections Medicaid **o**
- tiene un seguro integral de terceros **o**



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es-www.humana.com**.

- vive en un Centro de Cuidado Intermedio para personas con Discapacidades Intelectuales (ICF/ IID, por sus siglas en inglés) o en un Centro de Enfermería en el momento de la determinación de elegibilidad o
- está en un programa de hospicio o está recibiendo servicios por Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) en el momento de la determinación de elegibilidad.

Si pierde la elegibilidad, pero se espera que la recupere en un período de 6 meses considerado como elegibilidad continua, continuaremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan. Sin embargo, no cubriremos los servicios de Healthy Connections de Medicaid ni los montos de costos compartidos de Medicare. En este período considerado como elegibilidad continua, puede mantener sus beneficios de Medicare, pero no sus beneficios de Healthy Connections Medicaid.

Llame a Servicios para Afiliados para obtener más información.

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

Cuando se une por primera vez a nuestro plan, recibe una evaluación de riesgos de salud (HRA, por sus siglas en inglés) en un plazo de 90 días después de la fecha de entrada en vigencia de su afiliación.

Debemos completar su HRA. Esta HRA es la base para desarrollar su plan de cuidado. En la HRA, se incluyen preguntas para identificar sus necesidades médicas, de salud del comportamiento y funcionales, como la vivienda, el transporte y su capacidad para obtener alimentos y nutrición.

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

Le enviaremos más información sobre esta HRA.

Si este plan es nuevo para usted, puede seguir utilizando a sus médicos actuales y mantener sus autorizaciones de servicio actuales durante 90 días después de afiliarse por primera vez. Durante este período, continuará teniendo acceso a los mismos artículos, servicios y medicamentos necesarios por razones médicas a los que accede hoy. También tendrá acceso a sus proveedores médicos y de salud mental. Sin embargo, si un tratamiento termina o si una autorización previa caduca durante sus primeros 90 días en nuestro plan, no se renovará automáticamente.

G. Su equipo de cuidado y plan de cuidado

G1. Equipo de cuidado

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

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



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com](https://www.humana.com).

G2. Plan de cuidado

Su equipo de cuidado trabaja con usted para elaborar un plan de cuidado. En un plan de cuidado, se le indica a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Incluye los servicios médicos, los servicios para la salud del comportamiento y los LTSS u otros.

Su plan de cuidado incluye los siguientes aspectos:

- sus objetivos de cuidado de la salud **y**
- un cronograma para recibir los servicios que necesita.

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

H. Resumen de los costos importantes

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (**Sección H1**)
- Prima Mensual de la Parte B de Medicare (**Sección H2**)
- Monto del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare (**Sección H3**)

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

Existen programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. El programa “Ayuda Adicional” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Para obtener más información sobre este programa, consulte la **Sección H2 del Capítulo 2**. Si es elegible, afiliarse al programa podría reducir su prima mensual del plan.

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

H1. Prima del plan

Como afiliado a nuestro plan, paga una prima mensual del plan. Para el 2026, la prima mensual de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) es de **\$0 o hasta \$16.50, según el monto de Ayuda Adicional que reciba de Medicare**.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

H2. Prima Mensual de la Parte B de Medicare

Muchos afiliados deben pagar otras primas de Medicare.

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

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

H3. Monto a pagar por un medicamento recetado de Medicare

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

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

I. Este Manual para Afiliados

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

Puede solicitar un *Manual para Afiliados* llamando a Servicios para Afiliados a los números que aparecen en la parte inferior de la página. También puede consultar el *Manual para Afiliados* en nuestro sitio web en **es-www.humana.com/plandocuments**.

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

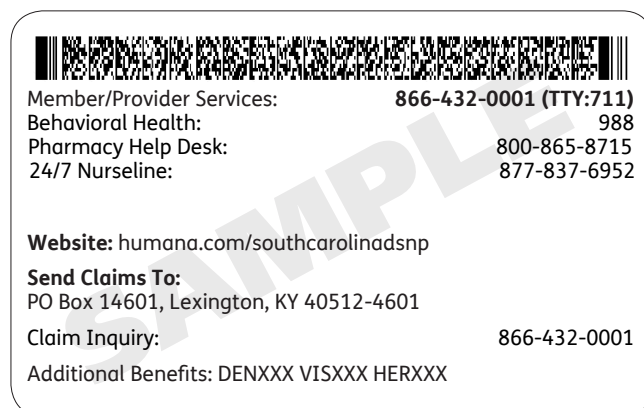
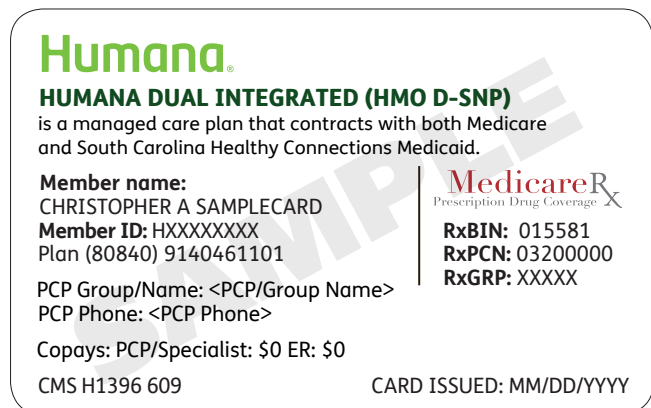
J. Otra información importante que le ofrecemos

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



J1. Su Tarjeta de Identificación del Afiliado

Con nuestro plan, usted tiene una tarjeta para sus servicios de Medicare y Healthy Connections de Medicaid, incluidos los LTSS, ciertos servicios para la salud del comportamiento y medicamentos recetados. Debe mostrar esta tarjeta cuando reciba cualquier servicio o receta. A continuación, presentamos una Tarjeta de Identificación del Afiliado de ejemplo:



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

Mientras esté afiliado a nuestro plan, no necesita usar su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul o su tarjeta de Healthy Connections de Medicaid para obtener la mayoría de los servicios. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite en otra oportunidad. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su Tarjeta de Identificación del Afiliado, el proveedor puede facturarle a Medicare en lugar de facturarle a nuestro plan, y usted puede recibir una factura. Le pueden pedir que muestre su tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios o servicios de hospicio, o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también denominados “ensayos clínicos”). Consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Afiliados* para averiguar qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

J2. Directorio de Proveedores y Farmacias

En el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, se enumeran los proveedores y farmacias en la red de nuestro plan. Mientras sea afiliado de nuestro plan, debe utilizar proveedores de la red para obtener servicios con cobertura.

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

En el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, se enumeran los profesionales de cuidado de la salud, las instalaciones y los proveedores de apoyo que puede utilizar como afiliado a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP). También se enumeran las farmacias que puede utilizar para obtener sus medicamentos recetados.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

Definición de proveedores de la red

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

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

Definición de farmacias de la red

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

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

Lista de equipo médico duradero (DME)

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

J3. Lista de Medicamentos Cubiertos

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

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



Todos los años, le enviaremos información sobre cómo acceder a una copia de la *Lista de Medicamentos*, pero pueden producirse algunos cambios durante el año. Para obtener información actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, llame a Servicios para Afiliados o visite nuestro sitio web en la dirección que figura en la parte inferior de la página.

J4. *SmartSummary*

Cuando utilice sus beneficios para medicamentos de la Parte D de Medicare, le enviaremos un resumen para ayudarle a comprender y realizar un seguimiento de los pagos de sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Este resumen se denomina Explicación de Beneficios. Lo llamamos el *SmartSummary*.

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

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

K. Cómo mantener actualizado su registro de afiliación

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

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

Infórmenos de inmediato lo siguiente:

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



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

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

Mantenga actualizada la información de Healthy Connections Medicaid a través del portal de SCDHHS (www.apply.scdhhs.gov/CitizenPortal/) o llamando a Servicios para Afiliados de Healthy Connections Medicaid.

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

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



Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

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

Índice

A. Servicios para Afiliados	15
B. Su Coordinador de Cuidados	17
C. Asesoramiento de Seguros y Referidos para Ancianos (I-CARE, por sus siglas en inglés)	19
D. Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés)	20
E. Medicare	20
F. Healthy Connections de Medicaid	22
G. Departamento de Envejecimiento de South Carolina	22
H. Mediador de Cuidado a Largo Plazo de South Carolina	23
I. Programas para Ayudar a las Personas a Pagar los Medicamentos	23
I1. Ayuda Adicional de Medicare	23
I2. Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare	25
J. Seguro Social	25
K. Railroad Retirement Board (RRB)	25
L. Seguro de grupo u otro seguro de un empleador	26



A. Servicios para Afiliados

TELÉFONO	1-866-432-0001. Esta llamada es gratuita. El Servicio para Afiliados está disponible los 7 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. Visite MyHumana.com para obtener acceso a información como el historial de reclamos, la elegibilidad y la <i>Lista de Medicamentos</i> de Humana las 24 horas del día. Allí también puede utilizar la herramienta de búsqueda de médicos para obtener noticias e información sobre salud. Tenemos servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablen inglés.
TTY	Llame al 711. Esta llamada es gratuita. Este número es para las personas que tienen dificultad de audición o habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamarlo. El horario de atención es el mismo que se indicó anteriormente.
DIRECCIÓN	Humana P.O. Box 14601 Lexington, KY 40512-4601
SITIO WEB	es-www.humana.com/customer-support Chat en vivo disponible a través de es-www.humana.com

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

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



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

- Para obtener más información sobre cómo hacer una apelación, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados* o comuníquese con Servicios para Afiliados.
- quejas sobre el cuidado de su salud
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier proveedor (sea un proveedor de la red o no). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nuestro plan. También puede presentar una queja formal ante nosotros o ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) sobre la calidad del cuidado que recibió (consulte la **Sección F**).
 - Puede llamarnos y explicar su queja al 1-866-432-0001 (TTY: 711). El Servicio para Afiliados está disponible los 7 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.
 - Si su queja formal se refiere a una decisión de cobertura sobre su cuidado de la salud, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior)
 - Puede enviar una queja formal sobre nuestro plan a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en **www.medicare.gov/my/medicare-complaint**. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
 - A fin de obtener más información sobre cómo presentar una queja formal sobre su cuidado de la salud, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados*.
- decisiones de cobertura sobre sus medicamentos
 - Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos es una decisión sobre lo siguiente:
 - sus beneficios y medicamentos cubiertos, o
 - el monto que pagamos por sus medicamentos.
 - Esto se aplica a los medicamentos de la Parte D de Medicare, medicamentos recetados de Healthy Connections de Medicaid y medicamentos de venta sin receta de Healthy Connections de Medicaid.
 - A fin de obtener más información sobre las decisiones de cobertura de sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados*.
- Apelaciones sobre los medicamentos
 - Una apelación es una manera de pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura.
 - Para obtener más información sobre cómo hacer una apelación sobre sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados*.
- quejas sobre los medicamentos
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier farmacia. Esto incluye una queja sobre sus medicamentos.
 - Si la queja es sobre una decisión de cobertura de sus medicamentos, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior, **Capítulo 2, Sección A**).



- Puede enviar una queja formal sobre nuestro plan a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en **www.medicare.gov/my/medicare-complaint**. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
- Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados*.
- pago por cuidado de la salud o medicamentos que ya pagó
 - Para obtener más información sobre cómo pedirnos que le devolvamos o que paguemos una factura que recibió, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Afiliados*.
 - Si nos pide que paguemos una factura y negamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados*.

B. Su Coordinador de Cuidados

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

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

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

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

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



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

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

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

TELÉFONO	1-866-432-0001. Esta llamada es gratuita. Estamos disponibles los 7 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. La llamada es gratuita. Visite MyHumana.com para obtener acceso a información como el historial de reclamos, la elegibilidad y la <i>Lista de Medicamentos</i> de Humana las 24 horas del día. Allí también puede utilizar la herramienta de búsqueda de médicos para obtener noticias e información sobre salud. Tenemos servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablen inglés.
TTY	Llame al 711. Esta llamada es gratuita. Este número es para las personas que tienen dificultad de audición o habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamarlo. El horario de atención es el mismo que se indicó anteriormente.
DIRECCIÓN	Humana PO Box 14601 Lexington, KY 40512-4601
SITIO WEB	es-www.humana.com/customer-support Chat en vivo disponible a través de es-www.humana.com

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

- preguntas sobre el cuidado de la salud
- preguntas sobre recibir servicios para la salud del comportamiento (salud mental y trastornos por uso de sustancias).
- preguntas sobre transporte
- preguntas sobre cómo obtener servicios para la salud del comportamiento, transporte y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

C. Asesoramiento de Seguros y Referidos para Ancianos (I-CARE, por sus siglas en inglés)

El Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental con consejeros capacitados en cada estado que ofrece ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas de Medicare. En South Carolina, se le llama SHIP al programa de Asesoramiento de Seguros y Referidos para Ancianos (I-CARE).

I-CARE es un programa estatal independiente (no se relaciona con ninguna compañía de seguros ni plan de salud) que recibe fondos del Gobierno federal para ofrecer asesoría local gratuita sobre seguros de salud a personas con Medicare.

TELÉFONO	1-800-868-9095 Nuestro horario es de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.
TTY	TTY: 711. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas de audición o habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamarlo. El horario de atención es el mismo que se indicó anteriormente.
DIRECCIÓN	Department on Aging 1301 Gervais Street, Suite 350 Columbia, SC 29201
EMAIL	askus@aging.sc.gov
SITIO WEB	www.aging.sc.gov/programs-initiatives/medicare-and-medicare-fraud

Comuníquese con I-CARE para obtener ayuda con lo siguiente:

- preguntas sobre Medicare
- los consejeros de I-CARE pueden responder sus preguntas sobre el cambio a un nuevo plan y ayudarle a:
 - comprender sus derechos,
 - comprender sus opciones de plan,
 - responder preguntas sobre el cambio de planes,
 - presentar quejas sobre el cuidado de la salud o tratamiento, y
 - solucionar los problemas con las facturas.



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

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

TELÉFONO	1-888-317-0751 Esta llamada es gratuita. Los miembros del equipo de Acentra Health están disponibles de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. de lunes a viernes y de 11:00 a.m. a 3:00 p.m. los sábados, domingos y días festivos. También puede dejar un mensaje las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los servicios de traducción están disponibles para afiliados y cuidadores que no hablan inglés.
TTY	Llame al 711. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas de audición o habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamarlo.
DIRECCIÓN	Acentra Health 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	www.acentraqio.com

Comuníquese con Acentra Health para obtener ayuda con lo siguiente:

- preguntas sobre sus derechos de cuidado de la salud
- presentar una queja sobre el cuidado que recibió en los siguientes casos:
 - Tiene un problema con la calidad del cuidado, como recibir la medicación incorrecta, pruebas o procedimientos innecesarios, o un diagnóstico erróneo.
 - Piensa que su estadía en el hospital terminará demasiado pronto.
 - Cree que el cuidado de la salud en el hogar, el cuidado en un centro de enfermería especializada o los servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) está por terminar demasiado pronto.

E. Medicare

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



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). Esta agencia contrata a organizaciones Medicare Advantage, como nuestro plan.

TELÉFONO	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a estos números son gratuitas las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita. Este número es para las personas que tienen dificultad de audición o habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamarlo.
CHAT EN VIVO	Chat en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone
DIRECCIÓN	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
SITIO WEB	www.medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluso lo que cuestan y los servicios que ofrecen. • Busque médicos que trabajen en Medicare y otros proveedores y suministradores de cuidado de la salud. • Investigue qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como las pruebas de detección, las inyecciones o las vacunas, y las consultas anuales de “bienestar”). • Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad del cuidado proporcionado por los planes, hogares de ancianos, hospitales, médicos, agencias de cuidado de la salud en el hogar, instalaciones de diálisis, centros de hospicio, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de cuidado a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. Para presentar una queja a Medicare, vaya a www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus quejas en serio y usará esta información para mejorar la calidad del programa Medicare.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

F. Healthy Connections de Medicaid

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

Está afiliado a Medicare y a Healthy Connections de Medicaid. Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, llame a Healthy Connections de Medicaid.

TELÉFONO	1-888-549-0820. Esta llamada es gratuita. Este número está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.
TTY	1-888-842-3620. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas de audición o habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamarlo.
DIRECCIÓN	South Carolina Department of Health and Human Services P.O. Box 8206 Columbia, SC 29202
SITIO WEB	www.scdhhs.gov

G. Departamento de Envejecimiento de South Carolina

El Departamento de Envejecimiento de South Carolina trabaja como un defensor en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o queja y pueden ayudarle a entender qué hacer. El Departamento de Envejecimiento puede ayudarle con problemas de servicio o facturación. La Oficina no está conectada con nuestro plan o con ninguna empresa de seguros ni con ningún plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

TELÉFONO	1-800-868-9095 Nuestro horario es de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.
TTY	TTY: 711. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas de audición o habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamarlo.
DIRECCIÓN	Department on Aging 1301 Gervais Street, Suite 350 Columbia, SC 29201
SITIO WEB	www.aging.sc.gov



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es-www.humana.com.

H. Mediador de Cuidado a Largo Plazo de South Carolina

El Mediador de Cuidado a Largo Plazo de South Carolina ayuda a las personas a obtener información sobre los hogares de ancianos y a resolver problemas entre los hogares de ancianos y los residentes o sus familias.

El Mediador de Cuidado a Largo Plazo de South Carolina no está conectado con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

TELÉFONO	1-800-868-9095. Esta llamada es gratuita. Nuestro horario es de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.
DIRECCIÓN	Long Term Care Ombudsman Department on Aging 1301 Gervais St., Suite 350 Columbia, SC 29201
EMAIL	ltcombudsman@aging.sc.gov
SITIO WEB	www.aging.sc.gov

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

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

I1. Ayuda Adicional de Medicare

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

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



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

- Si ya tiene un documento que demuestra que es elegible para la “Ayuda Adicional”, también puede mostrarlo la próxima vez que vaya a una farmacia para que le llenen una receta. Usted puede utilizar cualquiera de los siguientes documentos para proporcionarnos como evidencia, o para mostrar como prueba en la farmacia.

Prueba de que ya tiene el estado de Ayuda Adicional

- Una carta de la Administración de la Seguridad Social que muestre su estado de Ayuda Adicional. Esta carta podría llamarse: Información Importante, Carta de Reconocimiento, Notificación de Cambio o Notificación de Acción.
- Una carta de la Administración de la Seguridad Social que muestra que usted recibe el Ingreso suplementario de seguridad. Si ese es el caso, también es elegible para recibir la Ayuda Adicional.

Prueba de que tiene un estado activo del Departamento de Salud y Servicios Humanos de South Carolina de Healthy Connections (Medicaid) que lo hace elegible para la Ayuda Adicional

- Una copia de cualquier documento estatal o cualquier impresión del estado que muestre su estado activo de Medicaid que lo hace elegible para la Ayuda Adicional. La fecha activa que se muestra debe ser en el mes de julio o después del año pasado.

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

Su estadía en el centro médico debe ser de al menos un mes completo, y debe ser en el mes de julio o más tarde del año pasado.

- Un estado de facturación del centro que muestra el pago de Medicaid
- Una copia de cualquier documento estatal o cualquier impresión del sistema estatal que muestre el pago de Medicaid por usted

Si primero muestra uno de los documentos enumerados anteriormente como prueba en la farmacia, envíenos también una copia. Envíe el documento a:

Humana

P.O. Box 14054

Lexington, KY 40512-4045

- Cuando obtengamos la evidencia que muestra el nivel correcto de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el monto correcto de copago cuando obtenga su próxima receta. Si paga en exceso su copago, se lo devolveremos mediante un cheque o un crédito de copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago y debe pagar una deuda, podemos hacer el pago directamente a la farmacia. Si un estado paga en su nombre, podemos hacer el pago directamente al estado. Si tiene dudas, llame a Servicios para Afiliados al número de la parte inferior de la página.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

I2. Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare

El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarle a manejar los gastos de desembolso personal de los medicamentos de la Parte D de Medicare cubiertos por nuestro plan, distribuyéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Con la ayuda de este método de pago, puede gestionar los gastos, pero no reducir el costo de sus medicamentos ni ahorrar dinero.** La “Ayuda Adicional” de Medicare es más ventajosa que la participación en esta opción de pago, sin importar su nivel de ingresos, y los planes con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicios para Afiliados al número de teléfono que se encuentra en la parte inferior de la página o visite **www.Medicare.gov**.

J. Seguridad Social

La Seguridad Social determina la elegibilidad de Medicare y se encarga de la afiliación a Medicare.

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

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

K. Railroad Retirement Board (RRB)

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



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

L. Seguro de grupo u otro seguro de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan y tiene alguna duda, llame al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a Servicios para Afiliados al número de teléfono que se encuentra en la parte inferior de la página. Puede consultar sobre los beneficios de salud que ofrece su empleador o grupo de jubilados (o los de su cónyuge o pareja de hecho), así como las primas o el período de afiliación. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas relacionadas con la cobertura de Medicare en virtud de este plan. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene otra cobertura para medicamentos mediante su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho), comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. Con la ayuda del administrador de beneficios, puede comprender cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos con nuestro plan.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

Capítulo 3: Uso de la cobertura de nuestro plan para su cuidado de la salud y otros servicios con cobertura

Introducción

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

Índice

A. Información sobre servicios y proveedores	28
B. Reglas para obtener servicios que cubre nuestro plan.....	29
C. Su coordinador de cuidado.....	30
C1. Qué es un coordinador de cuidado.....	30
C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de cuidado.....	31
C3. Cómo puede cambiar a su coordinador de cuidado	31
D. Cuidado de proveedores	31
D1. Cuidado de un proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)	31
D2. Cuidado por parte de especialistas y otros proveedores de la red	34
D3. Cuando un proveedor abandona nuestro plan	34
D4. Proveedores fuera de la red	35
E. Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS).....	35
F. Servicios para la salud del comportamiento (salud mental y trastornos por consumo de sustancias).....	36
G. Cómo obtener cuidado autocontrolado	36
G1. Qué es el cuidado autodirigido	37
G2. Quién puede recibir cuidado autodirigido (por ejemplo, si se limita a las poblaciones de exención).....	37
G3. Cómo obtener ayuda para emplear proveedores de cuidado personal (si corresponde).....	37



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

H. Servicios de transporte	37
I. Servicios cubiertos en caso de emergencia médica, cuando se necesitan con urgencia o durante un desastre	37
I1. Cuidado en una emergencia médica.....	37
I2. Cuidado de urgencia.....	39
I3. Cuidado durante un desastre	40
J. Qué pasa si se le facturan directamente los servicios cubiertos	41
J1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios	41
K. Cobertura de los servicios de cuidado de la salud cubiertos en un estudio de investigación clínica	42
K1. Definición de un estudio de investigación clínica.....	42
K2. Pago por servicios cuando está en un estudio de investigación clínica	42
K3. Más información acerca de los estudios de investigación clínica.....	43
L. Cómo se cubren sus servicios de cuidado de la salud en una institución religiosa de cuidado de la salud sin carácter médico	43
L1. Definición de institución religiosa del cuidado de la salud sin carácter médico	43
L2. Cuidado en una institución religiosa del cuidado de la salud sin carácter médico	43
M. Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)	44
M1. DME como afiliado a nuestro plan.....	44
M2. Propiedad del DME cuando se cambia a Medicare Original	44
M3. Beneficios de equipo de oxígeno como afiliado a nuestro plan	44
M4. Equipo de oxígeno cuando se cambia a Medicare Original u otro plan Medicare Advantage (MA).....	45

A. Información sobre servicios y proveedores

Los **servicios** son cuidado de la salud, suministros, servicios para la salud del comportamiento, medicamentos recetados y de venta sin receta, equipos y otros servicios. Los servicios con cobertura son cualquiera de estos servicios que nuestro plan paga. El cuidado de la salud con cobertura y la salud del comportamiento se encuentran en el **Capítulo 4** de este *Manual para Afiliados*. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados y de venta sin receta se encuentran en el **Capítulo 5** de este *Manual para Afiliados*.

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



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**. 28

Los **proveedores de la red** son proveedores que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores aceptan nuestro pago como pago completo. Dispusimos que estos proveedores le presten servicios cubiertos. Los proveedores de la red nos facturan directamente por el cuidado que le prestan. Cuando usted visita a un proveedor de la red, en general no paga nada por los servicios cubiertos.

B. Reglas para obtener servicios que cubre nuestro plan

Nuestro plan cubre los servicios con cobertura por Medicare y Healthy Connections de Medicaid. Esto incluye la salud del comportamiento.

Generalmente, nuestro plan pagará los servicios de cuidado de la salud y los servicios para la salud del comportamiento que reciba siempre que siga nuestras reglas. Para tener la cobertura del plan, se debe cumplir lo siguiente:

- El cuidado que recibe debe incluirse en nuestra Tabla de Beneficios Médicos en el **Capítulo 4** de este *Manual para Afiliados*.
- El cuidado debe ser **necesario por razones médicas**. Con “necesario por razones médicas”, nos referimos a que usted necesita los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye el cuidado que le impide ir a un hospital o a un centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Para los servicios médicos, debe tener un **proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)** que le proporcione y supervise su cuidado. Como afiliado al plan, debe elegir un proveedor de red para que sea su PCP (para obtener más información, vaya a la **Sección D1** de este capítulo).
 - Usted no necesita un referido de su PCP para el cuidado médico en casos de emergencia, cuidado urgente ni para consultar a un proveedor de salud de la mujer. Puede obtener otros tipos de cuidado sin tener un referido de su PCP (para obtener más información, vaya a la **Sección D1** de este capítulo).
- **Debe recibir 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 trabaja con nuestro plan de salud. Esto significa que deberá pagar al proveedor la totalidad de los servicios que obtenga. Estos son algunos casos en los que esta regla no se aplica:
 - Cubrimos el cuidado de emergencia o urgentemente necesario de un proveedor fuera de la red (para obtener más información, vaya a la **Sección I** de este capítulo).
 - Si necesita el cuidado que cubre nuestro plan y nuestros proveedores de la red no pueden proporcionárselo, puede recibir el cuidado de un proveedor fuera de la red. Debe obtener la autorización del plan antes de buscar cuidado de un proveedor fuera de la red. En esta situación, cubrimos el cuidado como si lo recibiera de un proveedor de la red. Si quiere obtener información sobre cómo conseguir la aprobación para acudir a un proveedor fuera de la red, consulte la **Sección D4** de este capítulo.



- Cubrimos los servicios de diálisis renal cuando usted está fuera del área de servicio de nuestro plan durante un breve período o cuando su proveedor no está disponible temporalmente o no es asequible. Los costos compartidos que paga por diálisis nunca pueden ser más alto que los costos compartidos en Medicare Original. Si está fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe diálisis de un proveedor fuera de la red del plan, sus costos compartidos no pueden ser mayores que los costos compartidos que paga en la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y decide recibir servicios dentro de nuestra área de servicio de un proveedor fuera de la red, los costos compartidos de la diálisis pueden ser mayores. Si es posible, llame a Servicios para Afiliados al número que aparece en la parte inferior de la página antes de abandonar el área de servicio con el fin de que podamos ayudarle a realizar los arreglos para que tenga una diálisis de mantenimiento mientras esté fuera.

C. Su coordinador de cuidado

C1. Qué es un coordinador de cuidado

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

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

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

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

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

- Apoyarlo en la búsqueda de formas de gestionar su salud
- Responder a sus preguntas de salud
- Apoyar a las personas que padecen afecciones crónicas como diabetes, enfermedades cardíacas y otras enfermedades
- Trabajar con usted y sus médicos para desarrollar un plan de cuidado que satisfaga todas sus necesidades



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

- Ayudarle a asegurarse de que tiene todos sus medicamentos y sabe cómo tomarlos
- Apoyar sus objetivos de salud y ayudarle a alcanzarlos
- Ayudarle a ponerse en contacto con los servicios comunitarios donde vive
- Proporcionar cuidado médico después de una hospitalización
- Ayudarle a regresar a la comunidad después de una estadía en un hogar de ancianos o en un hospital
- Desarrollar un plan de crisis para ayudarle a mantenerse seguro en tiempos de emergencia
- Hacer que su hogar sea más seguro para que usted permanezca en él

C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de cuidado

Para comunicarse con su coordinador de cuidado, llame a Servicios para Afiliados al 1-866-432-0001 (TTY: 711). Estamos disponibles los 7 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.

C3. Cómo puede cambiar a su coordinador de cuidado

Si desea cambiar el coordinador de cuidado, llame a Servicios para Afiliados al 1-866-432-0001 (TTY: 711). Estamos disponibles los 7 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.

D. Cuidado de proveedores

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

Debe elegir un PCP para que proporcione y administre su cuidado. Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Cuando elige a su PCP, también está eligiendo al grupo médico afiliado.

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

Su Proveedor de Cuidado Primario (PCP)

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

En algunos casos, un especialista puede ser un PCP, llame a Servicios para Afiliados al 1-866-432-0001 (TTY: 711). Estamos disponibles los 7 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. La llamada es gratuita. Visite **MyHumana.com** para obtener acceso a información como el historial de reclamos, la elegibilidad y la *Lista de Medicamentos* de Humana las 24 horas del día. Allí también puede utilizar la herramienta de búsqueda de médicos para obtener noticias e información sobre salud.



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

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

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

Su hogar médico

El PCP se convertirá en su hogar médico. Como hogar médico, el PCP es su principal fuente de cuidado de la salud. Lo remitirá a un especialista si es necesario. También lo ayudará a controlar sus afecciones crónicas. Debe tener una relación continua y de confianza con el PCP. El PCP conoce sus antecedentes médicos. Un hogar médico también incluye el equipo de asistencia que trabaja con el PCP para coordinar los servicios y el cuidado que necesita. El objetivo es ayudarle a estar lo más saludable posible. El PCP también lo ayudará a obtener nuestra autorización previa (PA) cuando sea necesario.

Tener un hogar médico es importante porque es el primer lugar al que va para obtener el cuidado que necesita a fin de mantenerse saludable. Esto es lo que significa tener un hogar médico.

- El PCP personal llega a conocerlo bien
- El PCP trabaja con otros proveedores de cuidado de la salud, como especialistas, incluidos proveedores de la salud del comportamiento y hospitales, para coordinar su cuidado
- Recibe mejor cuidado de la salud porque el PCP conoce sus necesidades de cuidado de la salud
- Usted puede entender mejor sus enfermedades y cómo cuidarse a sí mismo
- Usted puede entender cómo obtener y tomar el medicamento
- Solo se utiliza la sala de urgencias para emergencias de cuidado de la salud
- El PCP puede recurrir a otros miembros del equipo para que lo ayuden a recibir un mejor cuidado



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

Su elección de PCP

Para obtener más información sobre cómo elegir su PCP, llame a Servicios para Afiliados al 1-866-432-0001 (TTY: 711). Estamos disponibles los 7 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. La llamada es gratuita. Visite **MyHumana.com** para obtener acceso a información como el historial de reclamos, la elegibilidad y la *Lista de Medicamentos* de Humana las 24 horas del día. Allí también puede utilizar la herramienta de búsqueda de médicos para obtener noticias e información sobre salud.

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

Opción para cambiar su PCP

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

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

Para encontrar los PCP, puede hacer lo siguiente:

- Consultar nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*.
- Consultar nuestro sitio web en **es-www.humana.com/findadoctor**.
- Llame a Servicios para Afiliados al 1-866-432-0001 (TTY: 711). Estamos disponibles los 7 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.

Si necesita una copia del *Directorio de Proveedores y Farmacias*, llame a Servicios para Afiliados al 1-866-432-0001 (TTY: 711). Estamos disponibles los 7 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. La llamada es gratuita. Visite **MyHumana.com** para obtener acceso a información como el historial de reclamos, la elegibilidad y la *Lista de Medicamentos* de Humana las 24 horas del día. Allí también puede utilizar la herramienta de búsqueda de médicos para obtener noticias e información sobre salud.

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

Además, es posible que su PCP deje la red de proveedores de nuestro plan y tenga que encontrar uno nuevo. Puede llamarnos si necesita ayuda para elegir un PCP diferente. También le avisaremos si algún hospital en su zona deja de aceptar Humana Dual Integrated (HMO D-SNP).



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

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

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

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

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

Es posible que tengamos que revisar y aprobar las solicitudes de servicio antes de que pueda obtener los servicios de un especialista. El especialista, el laboratorio o el hospital sabrán cómo obtener la aprobación para estos servicios. Esto se denomina “autorización previa”. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener información sobre los servicios que requieren una autorización previa.

D3. Cuando un proveedor abandona nuestro plan

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

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



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

- Si descubre que uno de sus proveedores está abandonando nuestro plan, comuníquese con nosotros. Podemos ayudarle a elegir un nuevo proveedor para gestionar su cuidado.
- Si cree que no hemos sustituido a su proveedor anterior por un proveedor acreditado o que no estamos administrando bien su cuidado, tiene derecho a presentar una queja de calidad del cuidado a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO), una queja formal de calidad del cuidado, o ambas cosas. (Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener más información).

D4. Proveedores fuera de la red

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

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

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

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

E. Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS)

Los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) ayudan a satisfacer sus necesidades diarias de asistencia y ayudan a mejorar la calidad de su vida. Los LTSS pueden ayudarle con las tareas cotidianas, como bañarse, vestirse y prepararse la comida. La mayoría de estos servicios se brindan en su hogar o en su comunidad, pero también podrían proporcionarse en un hogar de ancianos o en un hospital.

Los LTSS no están cubiertos por nuestro plan, pero podrían estar disponibles para usted bajo Healthy Connections de Medicaid. Si cree que necesita los LTSS, puede hablar con su coordinador de cuidados sobre cómo acceder a ellos y si puede unirse a una exención de Healthy Connections de Medicaid. Su coordinador de cuidados puede darle información sobre cómo solicitar una exención apropiada y todos los recursos disponibles para usted bajo el plan.

Si tiene alguna pregunta, puede llamar a Servicios para Afiliados al 1-866-432-0001 (TTY: 711). Estamos disponibles los 7 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. La llamada es gratuita.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

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

Los servicios para la salud del comportamiento ayudan en las necesidades que pueda tener sobre el tratamiento en relación con la salud mental y la farmacodependencia. Esto puede incluir medicamentos, asesoramiento (terapia), apoyo social y educación.

Este cuidado puede darse en un entorno comunitario, un programa diurno o en el consultorio médico, o en otro lugar que sea más fácil para usted, como su casa.

A fin de obtener servicios para la salud del comportamiento, llame a Servicios para Afiliados al 1-866-432-0001 (TTY: 711). Estamos disponibles los 7 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. La llamada es gratuita. Visite **MyHumana.com** para obtener acceso a información como el historial de reclamos, la elegibilidad y la *Lista de Medicamentos* de Humana las 24 horas del día. Allí también puede utilizar la herramienta de búsqueda de médicos para obtener noticias e información sobre salud.

G. Cómo obtener cuidado autocontrolado

En función de la elegibilidad de la exención de los LTSS, es posible que pueda seleccionar el servicio de asistente personal (PA). Este servicio le permite elegir quién le proporcionará servicios de cuidado personal. Si es elegible, el coordinador de cuidados puede ayudarle a inscribirse en el cuidado autodirigido.

Si emplea un PA, es su responsabilidad asegurarse de lo siguiente:

- Debe completar y enviar toda la documentación necesaria a la oficina local del Programa de Servicios a Domicilio (HSP, por sus siglas en inglés) antes del inicio del empleo del PA. Esto incluye información en los paquetes de Afiliado y PA.
- Debe seleccionar un PA que tenga la capacidad física para realizar las tareas bajo su dirección, y el PA no podrá padecer una afección médica que se vea agravada por los requisitos del trabajo.
- Debe proporcionar una copia y revisar su Plan de Servicio de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) con su PA para que entienda sus necesidades y horas aprobadas.
- Revisará la Hoja de Horario con su PA para ver la exactitud de toda la información antes de entregarla, y solo aprobará las horas realmente trabajadas por el PA para el pago.
- Las Hojas de Horario no se firmarán previamente ni se enviarán antes del último día trabajado en un período de facturación.
- Complete el formulario del Último Día de Empleo del PA (en su paquete) y envíelo a la oficina del HSP cuando termine cualquier empleo de un PA.
- Notifique a la oficina del HSP en un plazo de 24 horas cualquier incidente que dé como resultado lesiones del PA durante el trabajo.
- Complete el formulario de Reporte de Lesiones a un Proveedor (en su paquete) y envíelo por correo o fax a la oficina del HSP dentro de las 24 horas posteriores a la notificación.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

G1. Qué es el cuidado autodirigido

El cuidado autodirigido le permite a usted y/o a su familia el derecho de crear un plan de cuidado que coincida con sus deseos. Su coordinador de cuidados puede ayudarle.

G2. Quién puede recibir cuidado autodirigido

Su coordinador de cuidados puede informarle si puede obtener cuidado autodirigido.

G3. Cómo obtener ayuda para emplear proveedores de cuidado personal

Su coordinador de cuidados puede informarle cómo emplear a un proveedor de cuidado personal.

H. Servicios de transporte

- **Si tiene una emergencia médica, llame al 911.**
- Llame al 911 si necesita transporte de emergencia. No necesita aprobación previa en caso de emergencia.
- Este plan no cubre los servicios de ambulancia terrestre que no sean de emergencia. **Otros servicios de transporte están cubiertos.**
- Si necesita un traslado a la consulta de cuidado de la salud o a lugares aprobados por el plan, llame a Servicios para Afiliados al 1-866-432-0001 (TTY: 711). Estamos disponibles los 7 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.

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

I1. Cuidado en una emergencia médica

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

- riesgo grave a su vida y, si está embarazada, pérdida del feto; o
- pérdida o daño grave a las funciones corporales; o
- pérdida de una extremidad o función de una extremidad; o
- en el caso de una mujer embarazada en parto activo, cuando:
 - No hay tiempo suficiente para trasladarla de forma segura a otro hospital antes del parto.
 - El traslado a otro hospital puede representar un riesgo para su salud o seguridad o la del feto.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com](https://www.humana.com).

Si tiene una emergencia médica, haga lo siguiente:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame a una ambulancia si lo necesita. Usted no necesita aprobación o un referido de su PCP. No es necesario usar un proveedor de la red. Puede recibir cuidado médico de emergencia cubierto cuando lo necesite, en cualquier lugar de EE. UU. o sus territorios o de cualquier parte del mundo, y de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada, incluso si no es parte de nuestra red.
- **Informe a nuestro plan sobre su emergencia lo antes posible.** Haremos un seguimiento de su cuidado médico en casos de emergencia. Usted o su coordinación de cuidados deberá llamar para brindarnos información sobre su cuidado médico en casos de emergencia, en general, dentro de las 48 horas. Sin embargo, usted no pagará por los servicios de emergencia si se demora en informarnos. Llame a Servicios para Afiliados al 1-866-432-0001 (TTY: 711). Estamos disponibles los 7 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. La llamada es gratuita.

Servicios cubiertos en caso de emergencia médica

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

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

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



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

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

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

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

Sin embargo, después de que el médico diga que no fue una emergencia, cubriremos su cuidado adicional *solo si*:

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

I2. Cuidado de urgencia

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

Cuidado de urgencia en el área de servicio de nuestro plan

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

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

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

Si usted tiene una crisis de salud mental, puede obtener ayuda llamando a la Línea Directa Gratuita ante una Crisis al 1-855-371-9234 (TTY 711). Nuestros profesionales del cuidado de la salud mental acreditados están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana para responder a sus preguntas, evaluar su salud mental y proporcionar y coordinar los servicios según sea necesario.

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

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

O BIEN



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

2. Llame al 877-837-6952 (TTY: 711) para comunicarse con nuestra línea de consejería de profesional de enfermería disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

O BIEN

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

Cuidado de urgencia fuera del área de servicio de nuestro plan

Cuando se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan, es posible que no pueda recibir cuidados de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubre el cuidado que se necesita con urgencia de cualquier proveedor.

Sin embargo, las consultas de rutina con su proveedor que sean necesarias por razones médicas, tales como los exámenes médicos anuales, no se consideran cuidado de urgencia, incluso si está fuera del área de servicio del plan o la red del plan no está disponible temporalmente.

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

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

I3. Cuidado durante un desastre

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



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

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

Si no puede utilizar un proveedor de la red durante un desastre declarado, puede recibir cuidado de proveedores fuera de la red sin costo. Si no puede acceder a 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* a fin de obtener más información.

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

No pague directamente por los servicios que cubre Healthy Connections de Medicaid.

Si pagó por servicios con cobertura o si recibió una factura por servicios médicos con cobertura, consulte el **Capítulo 7** de este Manual para Afiliados a fin de saber qué hacer.

No debería 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 cumplen con las siguientes características:

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

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

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

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

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



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

K1. Definición de un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también llamado ensayo clínico) es una forma en que los médicos prueban nuevos tipos de cuidado de la salud o medicamentos. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare suele solicitar voluntarios para participar en el estudio. Cuando participe en un estudio de investigación clínica, puede seguir afiliado a nuestro plan y continuar con el resto de sus cuidados (los cuidados no relacionados con el estudio) a través de nuestro plan.

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

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

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

K2. Pago por servicios cuando está en un estudio de investigación clínica

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

- alojamiento y comida para una estadía hospitalaria que Medicare pagaría, aunque no estuviera en un estudio;
- una operación u otro procedimiento médico que forme parte del estudio de investigación;
- tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones de los nuevos cuidados.

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



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

K3. Más información acerca de los estudios de investigación clínica

Para obtener más información acerca de cómo participar en un estudio de investigación clínica, puede leer “Medicare & Clinical Research Studies” (Estudios de investigación clínica y Medicare) en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf). También puede comunicarse por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

L. Cómo se cubren sus servicios de cuidado de la salud en una institución religiosa de cuidado de la salud sin carácter médico

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es-www.humana.com.

M. Equipo médico duradero (DME)

M1. DME como afiliado a nuestro plan

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

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

Mientras que otros tipos de DME deben alquilarse. Como afiliado de nuestro plan, no será propietario de DME alquilados, independientemente de la duración del alquiler.

Aunque haya tenido el DME durante un período de hasta 12 meses seguidos con Medicare antes de unirse a nuestro plan, **no** será propietario del equipo.

M2. Propiedad de DME si cambia a Medicare Original

En el programa Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME obtienen la propiedad del equipo después de 13 meses. En un plan D-SNP integrado de Medicare Advantage (MA) como el nuestro, el plan puede establecer el número de meses que los beneficiarios deben alquilar ciertos tipos de DME antes de poder adquirirlos.

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

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

Si pagó el artículo de DME con Medicare Original o un plan de MA antes de unirse a nuestro plan, **esos pagos a Medicare Original o al plan de MA no cuentan para los pagos que necesita hacer después de abandonar nuestro plan.**

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

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

Si es elegible para equipos de oxígeno cubiertos por Medicare, cubrimos lo siguiente:

- el alquiler de equipos de oxígeno
- el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

Este capítulo le informa sobre los servicios que cubre nuestro plan, cualquier restricción o límite en esos servicios, y cuánto paga por cada servicio. También encontrará información sobre los beneficios que nuestro plan no cubre. Los términos clave y sus definiciones se muestran en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para Afiliados*.

Índice

A. Sus servicios incluidos	46
B. Reglas contra los proveedores que le cobran por sus servicios	47
C. Información sobre la Tabla de Beneficios de nuestro plan	47
D. La Tabla de Beneficios de nuestro plan	51
E. Beneficios de nuestro plan para visitantes o viajeros.....	111
F. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan	111
F1. Servicios dentales	112
F2. Transporte médico que no sea de emergencia	112
G. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o Healthy Connections de Medicaid	113

A. Sus servicios incluidos

Este capítulo le informa sobre los servicios que cubre nuestro plan. También puede obtener información acerca de los servicios que no tienen cobertura. La información sobre los beneficios de los medicamentos se encuentra en el **Capítulo 5** de este *Manual para Afiliados*. En este capítulo también se explican los límites de algunos servicios.

Debido a que recibe ayuda de Healthy Connections de Medicaid, no paga nada por los servicios cubiertos, siempre y cuando siga las reglas del plan. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual para Afiliados* y obtenga más información sobre las reglas del plan.

Si necesita ayuda para entender qué servicios están cubiertos, llame a su coordinador de cuidados y/o a Servicios para Afiliados al 1-866-432-0001 (TTY: 711). Estamos disponibles los 7 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. La llamada es gratuita.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

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

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

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

C. Acerca de la Tabla de Beneficios de nuestro plan

La Tabla de Beneficios le informa acerca de los servicios por los que paga nuestro plan. En ella, encontrará las categorías de servicios en orden alfabético y una explicación de cada una.

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

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

- Ofrecemos servicios cubiertos por Medicare y Healthy Connections de Medicaid de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y Healthy Connections de Medicaid.
- Los servicios (incluidos el cuidado médico, los servicios para la salud del comportamiento y el consumo de sustancias, los suministros, el equipo y los medicamentos) deben ser “necesarios por razones médicas”. Se entiende por “necesario por razones médicas” cualquier servicio, suministro o medicamento que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye el cuidado que le impide ir a un hospital o a un centro de enfermería. Además, significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica o son necesarios de acuerdo con las reglas de cobertura actual de Medicare o Healthy Connections de Medicaid.
- Para los nuevos afiliados, durante los primeros 90 días, es posible que no le solicitemos que obtenga la aprobación por adelantado para cualquier curso activo de tratamiento, incluso si el curso del tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe su cuidado de un proveedor de la red. Un proveedor de red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, el cuidado que reciba por parte de un proveedor fuera de la red no tendrá cobertura, a menos que se trate de un cuidado de urgencia o de emergencia, o que su plan o un proveedor de la red le haya dado un referido. El **Capítulo 3** de este *Manual para Afiliados* contiene más información acerca del uso de proveedores de la red y fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de cuidado primario (PCP) o un equipo de cuidado que proporciona y supervisa su cuidado.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

- Cuando se inscriba por primera vez en el plan, puede continuar utilizando los proveedores que utiliza ahora durante 90 días o hasta que hayamos completado su evaluación integral y creado un plan de transición con el que usted esté de acuerdo. Si necesita continuar atendiéndose con sus proveedores fuera de la red después de los primeros 90 días con nuestro plan, solo cubriremos ese cuidado si el proveedor firma un acuerdo de caso único con nosotros. Un acuerdo de caso único es una excepción para tratar al proveedor como un proveedor de la red. Si está recibiendo tratamiento continuo de un proveedor fuera de la red y cree que puede necesitar un acuerdo de caso único para continuar con su tratamiento, comuníquese con Servicios para afiliados al 1-866-432-0001 (TTY: 711). Estamos disponibles los 7 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.
- Cubrimos algunos servicios enumerados en la tabla de beneficios solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación primero. Esto se denomina autorización previa (PA, por sus siglas en inglés). Marcamos los servicios con cobertura en la Tabla de Beneficios que necesitan PA con un asterisco (*) o con una nota al pie. Además, debe obtener PA para los siguientes servicios no enumerados en la tabla de beneficios:

Diagnóstico y pruebas cardíacas

Biopsia de cáncer de mama (escisión)

Cápsula endoscópica

Cateterización cardíaca

Tomografía computarizada

EGD

Electrofisiología (EPS) con o sin mapeo

Registrador de bucle

Diagnóstico molecular/pruebas genéticas

MRI/MRA (Imagen por resonancia magnética y angiografías)

Imágenes de perfusión miocárdica

Prueba de tensión nuclear

Ecocardiograma transtorácico ambulatorio (TTE, por sus siglas en inglés)

Tomografía de emisiones de positrones (escaneo PET, por sus siglas en inglés)/Registro nacional de PET oncológica (NOPR, por sus siglas en inglés)

Tomografía computarizada de emisión de fotón único (SPECT, por sus siglas en inglés)

Ecocardiograma transesofágico (TEE, por sus siglas en inglés)

Control del dolor

Inyecciones epidurales de esteroides

Inyecciones facetarias



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

Implantes de bomba de analgesia

Estimuladores de la médula espinal

Cirugías espinales: fusión espinal, descompresión, cifoplastia y vertebroplastia

Cirugías/procedimientos

Abdominoplastia

Ablación: cardíaca, ósea, hepática, renal y prostática

Artroscopia: cadera, rodilla y hombro

Blefaroplastia

Procedimientos mamarios (excluye la reconstrucción mamaria después de mastectomías necesarias por razones médicas para el cáncer de mama)

Descompresión del nervio periférico (túnel carpiano)

Cirugías de pie: exostectomía y dedo de martillo

Biopsia pulmonar y resección

Angioplastia coronaria ambulatoria/stent

Cirugías de obesidad

Oral, ortognática, otoplastia

Implante de pene

Revascularización periférica (aterectomía/angioplastia)

Cirugía para la apnea obstructiva del sueño

Procedimientos quirúrgicos endoscópicos nasales/sinusales y endoscopias de dilatación del ostium sinusal con balón

Cirugías de la articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés)

Cirugías de la válvula transcatétrica (TMVR/TAVR, TAVI y MitraClip)

Cirugías de la tiroides

Cirugías de trasplante

Vena varicosa: Tratamiento quirúrgico y escleroterapia

Otros servicios

Estimuladores del crecimiento óseo

Agentes de quimioterapia, fármacos de apoyo y fármacos para el control de síntomas

Terapia con células T del receptor de antígeno quimérico (Car-T)



Implantes cocleares y auditivos del tronco cerebral
Dispositivos cardíacos portátiles
Estimulación magnética transcraneal (servicio MH/SUD)
Estimulación gástrica
Chalecos de compresión del pecho de alta frecuencia
Salud en el hogar/Infusión en el hogar
Terapia hiperbárica
Estimuladores neuromusculares
Ventiladores domésticos no invasivos
Ortesis/prótesis
Radioterapia

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

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

- Si usted tiene alguna de las afecciones crónicas que se enumeran a continuación y cumple con ciertos criterios médicos, puede ser elegible para beneficios adicionales:
- Los afiliados que hayan sido diagnosticados con una o más afecciones crónicas elegibles identificadas a continuación y que tienen una reclamación médica con Humana con una fecha de servicio con fecha del 1/1/2021 o posterior que refleje dicho diagnóstico pueden ser elegibles para recibir beneficios adicionales a través del subsidio de Healthy Options.
 - Trastornos autoinmunes
 - Cáncer
 - Trastornos cardiovasculares
 - Afecciones asociadas con el deterioro cognitivo
 - Afecciones que presentan desafíos funcionales
 - Consumo crónico de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias
 - Afecciones mentales crónicas e incapacitantes
 - Enfermedad gastrointestinal crónica
 - Insuficiencia cardíaca crónica
 - Hiperlipidemia crónica



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

- Hipertensión crónica
- Enfermedad renal crónica
- Trastornos pulmonares crónicos
- Demencia
- Diabetes mellitus
- VIH/SIDA
- Trastornos neurológicos
- Trasplante de órganos
- Trastornos hematológicos graves
- Derrame cerebral
- En algunos casos, los afiliados pueden ser elegibles luego de realizar una Evaluación de Riesgos de Salud (HRA, por sus siglas en inglés) e indicar un diagnóstico de una o más afecciones crónicas elegibles.
- Consulte la fila “Ayuda con ciertas afecciones crónicas” de la Tabla de Beneficios para obtener más información.
- Comuníquese con nosotros para obtener información adicional.

Todos los servicios preventivos son gratuitos. Esta manzana  muestra los servicios preventivos de la Tabla de Beneficios.

D. La Tabla de Beneficios de nuestro plan

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
 Prueba de detección del aneurisma aórtico abdominal Nuestra empresa paga por una única prueba de detección de ecografía para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si usted presenta determinados factores de riesgo y si su médico, asistente médico, profesional de enfermería practicante o especialista en enfermería clínica lo refiere a un especialista.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es-www.humana.com.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Acupuntura para aliviar el dolor lumbar crónico Pagamos hasta 20 consultas de acupuntura si usted tiene dolor de espalda crónico bajo, definido como: • Con una duración de 12 semanas o más • No específico (no tiene una causa sistémica que pueda identificarse, como no asociada con enfermedades metastásicas, inflamatorias o infecciosas) • No asociado con la cirugía y • No asociado con el embarazo Es posible que no reciba más de 20 tratamientos de acupuntura para el dolor lumbar crónico cada año. Los tratamientos de acupuntura deben interrumpirse si su condición no mejora o si esta empeora. Requisitos del proveedor: Los médicos (tal y como se definen en la Sección 1861[r] [1] de la Ley de la Seguridad Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA), los profesionales de enfermería practicantes (NP, por sus siglas en inglés), los profesionales de enfermería clínica especializados (CNS, por sus siglas en inglés) (tal como se identifican en la Sección 1861[aa] [5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales aplicables y tienen lo siguiente: • un título de máster o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine (ACAOM); y • una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para ejercer la acupuntura en un estado, territorio o mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos, o en el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, un PA, un NP o un CNS conforme a nuestra reglamentación en §§ 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés).	\$0



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com](https://www.humana.com).

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
 Prueba de detección y asesoramiento sobre el abuso del alcohol Pagamos por una prueba de detección de uso indebido del alcohol para adultos que abusan del alcohol, pero que no sufren de alcoholismo. Esto incluye mujeres embarazadas. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, puede recibir hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento presencial cada año (si se encuentra en condiciones y está alerta durante el asesoramiento) con un proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) acreditado o un profesional médico en un centro de cuidado primario.	\$0
Servicios para alergias (Healthy Connections de Medicaid) * Consultas médicas * Prueba de alergia: * Inyecciones de desensibilización (Inmunoterapia)	\$0
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia con cobertura, ya sea en situaciones de emergencia o no, incluyen traslado por tierra y aire (avión y helicóptero) y servicios de ambulancia. La ambulancia lo llevará al lugar más cercano que le pueda brindar cuidado. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar al centro de cuidados puedan poner en riesgo su salud o su vida. Los servicios de ambulancia para otros casos (no emergentes) deben ser aprobados por nosotros. En casos que no sean emergencias, es posible que paguemos la ambulancia. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otros medios para llegar a un lugar de cuidado puedan poner en riesgo su vida o su salud. * Es posible que se necesite autorización previa.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com](https://www.humana.com).

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
 Consulta anual de bienestar Puede obtener un examen médico anual. Esta consulta sirve para elaborar o actualizar un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. Cubrimos este examen una vez cada 12 meses. Tenga en cuenta lo siguiente: Su primera consulta anual de bienestar no puede ocurrir dentro de los 12 meses posteriores a su consulta de Bienvenida a Medicare. Sin embargo, no es necesario haber asistido a la consulta de Bienvenida a Medicare para recibir las consultas de bienestar anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	\$0
Comidas para bebés y para mí (Healthy Connections de Medicaid) Si usted es una afiliada con un embarazo de alto riesgo, puede ser elegible para recibir dos comidas por día durante diez semanas, sin costo alguno para usted. Se entregarán comidas precocinadas a su casa. * Es posible que se necesite autorización previa.	\$0
Servicios de BabyNet (Healthy Connections de Medicaid) El plan cubre los servicios de intervención temprana para bebés y niños pequeños con retrasos en el desarrollo o afecciones asociadas con retrasos en el desarrollo. Los servicios de BabyNet incluyen servicios de audición, autismo y terapia.	\$0
 Medición de la masa ósea Cubrimos ciertos procedimientos para afiliados elegibles (generalmente, personas con riesgo de perder masa ósea o de padecer osteoporosis). En estos procedimientos se identifica la masa ósea, se detecta la pérdida ósea o se averigua la calidad de los huesos. Cubrimos estos servicios una vez cada 24 meses o con mayor frecuencia si es necesario por razones médicas. También cubrimos la consulta con un médico para que observe y comente los resultados.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es-www.humana.com**.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
 Prueba de detección del cáncer de mama (mamografías) Cubrimos los siguientes servicios: • una mamografía de nivel de base entre los 35 y los 39 años • una prueba de detección de mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses	\$0
Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) Cubrimos servicios de rehabilitación cardíaca, entre los que se incluyen el ejercicio, la educación y el asesoramiento. Los afiliados deben cumplir ciertas condiciones con la orden de un médico. También cubrimos programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca normales.	\$0
 Consulta de reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (del corazón) (tratamiento de enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta al año, o más si es necesario por razones médicas, con su proveedor de cuidado primario (PCP) para ayudar a reducir su riesgo de sufrir una enfermedad cardíaca. Durante la consulta, su médico puede hacer lo siguiente: • analizar el uso de aspirinas, • comprobar su presión arterial y/o • darle consejos para asegurarse de que esté comiendo bien.	\$0
 Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares (del corazón) Pagamos los análisis de sangre para examinar la enfermedad cardiovascular una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también comprueban si hay defectos debido a un alto riesgo de enfermedad cardíaca.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es-www.humana.com**.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
 Pruebas de detección del cáncer de cuello uterino y de vagina Cubrimos los siguientes servicios: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • para mujeres con alto riesgo de cáncer de cuello uterino o vaginal: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses • para las mujeres que han tenido una prueba de Papanicolaou anómala en los últimos tres años y están en edad fértil: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	\$0
Servicios quiroprácticos Cubrimos los siguientes servicios: • ajustes de la columna vertebral a la alineación correcta * Es posible que se necesite autorización previa.	\$0
Servicios de gestión y tratamiento del dolor crónico Servicios mensuales con cobertura para personas con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir la evaluación del dolor, el manejo de medicamentos y la coordinación y planificación del cuidado.	Los costos compartidos de este servicio variarán en función de los servicios individuales proporcionados en el curso del tratamiento. \$0
 Prueba de detección del cáncer colorrectal Cubrimos los siguientes servicios: • La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad y tiene cobertura una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no presenten un alto riesgo o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no presenten un alto riesgo de cáncer colorrectal, así como una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite es-www.humana.com.

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



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es-www.humana.com.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Asiento de seguridad convertible para automóvil y cuna portátil (Healthy Connections de Medicaid) Si está embarazada y necesita una cuna o un asiento para el automóvil antes del parto: • El equipo del plan se comunicará con usted una vez que se nos haya notificado que está embarazada. Durante la llamada, o mediante una llamada al servicio de atención al cliente, puede confirmar si se necesita una cuna o un asiento para automóvil antes del parto. • Recibirá el artículo seleccionado antes del parto. Después del parto, nos comunicaremos con usted para una evaluación posparto y una llamada de seguimiento. Después de la llamada de seguimiento, puede recibir el segundo artículo. Si está embarazada y no necesita una cuna o un asiento para el automóvil antes del parto: • Si participa en el programa de coordinación del cuidado de la salud HumanaBeginnings y completa una evaluación posparto, puede elegir entre una cuna o un asiento para automóvil. • Si completa una llamada de seguimiento después de la evaluación, puede recibir el segundo artículo. La cuna portátil y el asiento para automóvil están disponibles por niño y por nacimiento. * Es posible que se necesite autorización previa.	\$0



Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Servicios dentales Ciertos servicios dentales están disponibles a través del Programa dental de Healthy Connections de Medicaid. Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) cubrirá los siguientes servicios: • procedimientos médicos de emergencia realizados por cirujanos orales. • procedimientos dentales relacionados con lo siguiente: • trasplantes de órganos • oncología • radiación de la cabeza y/o el cuello para el tratamiento del cáncer • quimioterapia para el tratamiento del cáncer • sustitución total de la articulación • sustitución de la válvula cardíaca • tratamiento de traumatismos realizado en un hospital o centro de cirugía ambulatoria Pagamos por algunos servicios dentales cuando el servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de una persona. Algunos ejemplos son la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones dentales como preparación para la radioterapia del cáncer de mandíbula o los exámenes orales previos al trasplante de órganos. Usted está cubierto por los siguientes beneficios dentales adicionales: • 1 evaluación oral completa cada seis meses • 1 profilaxis (limpieza) cada seis meses Además, cubrimos los Beneficios Suplementarios Obligatorios Dentales que incluyen servicios preventivos y de diagnóstico. * Es posible que se necesite autorización previa.	\$0 <u>Beneficios Suplementarios Obligatorios Dentales</u> Usted tiene cobertura de Beneficios Suplementarios Obligatorios Dentales. Consulte la definición de Beneficios Suplementarios Obligatorios Dentales al final de esta tabla para conocer más detalles.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
 Prueba de detección de la depresión Cubrimos una prueba de detección de depresión cada año. La prueba de detección debe realizarse en un centro de cuidado primario que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento y/o referidos.	\$0
 Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba de detección (incluidas las pruebas de glucosa en ayunas) en el caso de que usted tenga alguno de los siguientes factores de riesgo: • presión arterial alta (hipertensión) • antecedentes de niveles anómalos de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • obesidad • antecedentes de azúcar en sangre alta (glucosa) Las pruebas pueden estar cubiertas en algunos otros casos, como si tiene sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Puede ser elegible para hasta 2 pruebas de detección de diabetes cada 12 meses luego de la fecha de la prueba de detección más reciente.	\$0
 Capacitación, servicios y suministros para el autocontrol de la diabetes Cubrimos los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que usen insulina o no): • Suministros para controlar la glucosa en sangre, que incluye lo siguiente: ○ un monitor de glucosa en sangre ○ tiras de prueba de glucosa en sangre ○ dispositivos de lanceta y lancetas ○ soluciones de control de glucosa para comprobar la precisión de las tiras de prueba y los monitores Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0



Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
 Capacitación, servicios y suministros para el autocontrol de la diabetes (continuación) • Para las personas con diabetes que tienen enfermedad grave del pie diabético, el plan cubrirá lo siguiente: ◦ un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidos los insertos) que incluyen el racor, y dos pares adicionales de insertos cada año calendario, o ◦ un par de zapatos de profundidad, incluido el racor, y tres pares de insertos cada año (sin incluir los insertos extraíbles no personalizados suministrados con dichos zapatos). • En algunos casos, pagamos por la capacitación para ayudarle a tratar la diabetes. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Afiliados. • Para conocer los Monitores Continuos de Glucosa, consulte Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) y suministros relacionados. El  (servicio preventivo) solo se aplica a la capacitación para el autocontrol de la diabetes.	
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados Consulte el Capítulo 12 de este <i>Manual para Afiliados</i> y obtenga una definición de “Equipo médico duradero (DME)”. Cubrimos los siguientes artículos: • sillas de ruedas • muletas • sistemas de colchón eléctrico • suministros para diabéticos • camas de hospital solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar • bombas de infusión intravenosa (IV) y soporte • dispositivos de generación de voz • equipos y suministros de oxígeno • nebulizadores Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0 Sus costos compartidos no cambiarán después de estar afiliado durante 36 meses.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación) • monitores continuos de glucosa (CGM, por sus siglas en inglés)** • andadores • bastón estándar con empuñadura curva o bastón cuádruple y suministros de reemplazo • tracción cervical (sobre la puerta) • estimulador óseo • equipo de cuidado de diálisis Existen otros artículos que pueden tener cobertura. (Para obtener más información sobre este requisito, consulte el Capítulo 4 del <i>Manual de cuidado médico administrado de Medicare</i>): Junto con este <i>Manual para Afiliados</i>, le enviamos la lista de DME de nuestro plan. En la lista se informan las marcas y fabricantes de DME que cubrimos. También puede encontrar la lista más reciente de marcas, fabricantes y suministradores en nuestro sitio web, es-www.humana.com/plandocuments. Por lo general, nuestro plan cubre cualquier DME cubierto por Medicare y Healthy Connections de Medicaid de las marcas y fabricantes de esta lista. No cubrimos otras marcas y fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos informe que son necesarios. Si es nuevo en nuestro plan y utiliza una marca de DME que no se encuentra en nuestra lista, le cubriremos esta marca por hasta 90 días. Durante este tiempo, hable con su médico para decidir qué marca es la más adecuada para usted por razones médicas después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que le dé un referido a fin de obtener una segunda opinión). Este beneficio continúa en la página siguiente.	Medicare Original exige que un suministrador de oxígeno le proporcione servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses, deberá alquilar el equipo. Durante los 24 meses restantes, el suministrador proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de 5 años, puede elegir quedarse en la misma empresa o irse a otra. En ese momento, el ciclo de 5 años comienza de nuevo, incluso si permanece en la misma empresa, y nuevamente deberá pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe o se da de baja de nuestro plan, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación) Si usted (o su médico) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, puede presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su médico sobre qué producto o marca es adecuado para su afección médica. A fin de obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9 de este <i>Manual para Afiliados</i>. ** Los Monitores Continuos de Glucosa Preferidos (CGM) están cubiertos en las farmacias. Los CGM preferidos son Dexcom y Freestyle Libre. Los CGM no preferidos no están cubiertos por una farmacia, a menos que su médico proporcione información adecuada de que el uso de una marca alternativa es necesario por razones médicas. Todos los CGM continuarán estando cubiertos a través de proveedores de equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés). * Es posible que se necesite autorización previa.	



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Cuidado médico en casos de emergencia El cuidado médico en casos de emergencia son los servicios que cumplen con las siguientes características: • los proporciona un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia, y • son necesarios para evaluar o tratar una emergencia médica. Una emergencia médica puede ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente. Este tipo de afección debe ser tan grave que, de no recibir atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio de la salud y la medicina podría esperar que dé como resultado uno de los siguientes problemas: • un riesgo grave para su vida o para la de su hijo no nacido; o • daños graves a las funciones corporales; o • pérdida de una extremidad o pérdida de función de una extremidad. • En el caso de una mujer embarazada en parto activo, en los siguientes casos: ○ No hay tiempo suficiente para trasladarla de forma segura a otro hospital antes del parto. ○ El traslado a otro hospital puede representar un riesgo para su salud o seguridad o la del feto. Los costos compartidos de los servicios de emergencia necesarios que se prestan fuera de la red son los mismos que los de que se prestan dentro de la red. Tiene cobertura para cuidado médico en casos de emergencia en todo el mundo. Si tiene una emergencia fuera de EE. UU. y sus territorios, será responsable de pagar por adelantado los servicios prestados. Debe presentar un comprobante de pago a Humana para su reembolso. Es posible que no le reembolsemos todos sus gastos de desembolso personal. Esto se debe a que nuestras tarifas contratadas pueden ser inferiores a las tarifas de proveedores fuera de EE. UU. y sus territorios. Usted es responsable de cualquier costo que exceda nuestras tarifas contratadas, así como de cualquier costo compartido aplicable para afiliados.	\$0 Si recibe cuidado médico en casos de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidado para pacientes hospitalizados después de estabilizar su emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que su cuidado siga siendo pagado. Usted puede permanecer en el hospital fuera de la red de su cuidado para pacientes hospitalizados solo si el plan aprueba su estadía.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com](https://www.humana.com).

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Servicios de planificación familiar La ley le permite elegir a cualquier proveedor, ya sea un proveedor de red o un proveedor fuera de la red, para obtener ciertos servicios de planificación familiar. Esto incluye cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar. El plan cubrirá los siguientes servicios: • examen de planificación familiar y tratamiento médico • laboratorio de planificación familiar y pruebas de diagnóstico • métodos de planificación familiar (anticonceptivos intrauterinos/DIU, implantes, inyecciones, píldoras, parches o anillos anticonceptivos) • suministros de planificación familiar con receta (condón, esponja, espuma, film, diafragma, tapón) • asesoramiento y diagnóstico de infertilidad y servicios relacionados • asesoramiento, pruebas y tratamiento para infecciones de transmisión sexual (ITS) • asesoramiento y pruebas de detección del VIH y el sida, y otras afecciones relacionadas con el VIH • anticoncepción permanente (debe tener 21 años o más para elegir este método de planificación familiar. Deberá firmar un formulario de consentimiento federal de esterilización al menos 30 días, pero no más de 180 días, antes de la fecha de la cirugía) • asesoramiento genético También cubrimos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, debe utilizar un proveedor de la red del plan para los siguientes servicios: • tratamiento para afecciones médicas de infertilidad (este servicio no incluye formas artificiales de quedar embarazada)* • tratamiento del SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH • pruebas genéticas* * Es posible que se necesite autorización previa para realizar pruebas genéticas y tratar afecciones de infertilidad.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es-www.humana.com.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Pruebas de GED (Healthy Connections de Medicaid) El plan proporciona asistencia de la preparación para la prueba de GED, incluido un asesor bilingüe, materiales de orientación y estudio, y el uso ilimitado de pruebas de práctica. El plan también ofrece una garantía de pase de prueba que permite que tenga varios intentos para aprobar el examen.	\$0
 Programas de capacitación sobre la salud y el bienestar Estos programas se centran en afecciones de la salud, como la presión arterial alta, el colesterol, el asma y las dietas especiales. Los programas diseñados para enriquecer la salud y el estilo de vida de los afiliados incluyen el control del peso, la aptitud física y el manejo del estrés. Este plan ofrece materiales y herramientas de educación acerca de la salud en línea e impresos, asesoramiento nutricional y programas de manejo de enfermedades.	\$0
Caja de productos alimenticios saludables (Healthy Connections de Medicaid) Si padece una afección crónica o corre el riesgo de padecerla, el plan le enviará cuatro cajas de productos al año. Las cajas de productos contienen alimentos nutritivos que cumplen con las pautas dietéticas médicas e incluyen recetas adaptadas a su afección crónica. * Es posible que se necesite autorización previa.	\$0
Servicios para la audición Cubrimos las pruebas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor. Estas pruebas le informan si necesita tratamiento médico. Están cubiertos como cuidado ambulatorio cuando los recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor acreditado. Además, cubrimos los Beneficios Auditivos Suplementarios Obligatorios que incluyen un examen auditivo rutinario y cobertura de audífonos. * Es posible que se necesite autorización previa.	\$0 <u>Beneficios Suplementarios Obligatorios Auditivos</u> Usted tiene cobertura de Beneficios Suplementarios Obligatorios Auditivos. Consulte la descripción del Beneficio Auditivo Suplementario Obligatorio al final de esta tabla para obtener más información.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com](https://www.humana.com).

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Ayuda con ciertas afecciones crónicas * Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos Humana Healthy Options Allowance™ Subsidio mensual de \$280 cargado automáticamente en una tarjeta de débito prepagada de uso limitado para usarla en las tiendas participantes y comprar <u>productos elegibles</u> de estas categorías: <u>Subsidio para Venta sin Receta (OTC, por sus siglas en inglés)</u> • Resfriado, influenza y alergia • Cuidado dental y de prótesis dentales • Salud digestiva • Primeros auxilios y suministros médicos • Suministros para la incontinencia y el control de la vejiga • Audífonos de venta sin receta • Alivio del dolor • Cuidado de la piel • Somníferos • Productos para dejar de fumar • Vitaminas, suplementos dietéticos y más Recibirá una tarjeta Humana Spending Account Card nueva para acceder a este beneficio. Para gastar este subsidio, se utiliza esta tarjeta. Active la tarjeta tan pronto como la reciba. • El subsidio puede usarse al principio de cada mes. • Cualquier monto que no gaste se transfiere al mes siguiente y caduca al final del año del plan o cuando se desafilie de este plan, lo que ocurra primero. • Nuestro plan no se hace responsable por el uso no autorizado de los subsidios debido a la pérdida o el robo de las tarjetas. Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es-www.humana.com**.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Ayuda con ciertas afecciones crónicas (continuación) Humana Healthy Options Allowance™ • Al igual que con cualquier tarjeta de débito, guarde esta tarjeta en un lugar seguro, como su billetera. • Guarde esta tarjeta incluso después de gastar el subsidio, ya que las cantidades futuras de este se pueden agregar a esta tarjeta si permanece en el plan. • Es posible que se apliquen limitaciones y restricciones. Descargue la aplicación móvil gratuita MyHumana®, disponible en el App Store® o Google Play®, o visite MyHumana.com para buscar tiendas o consultar su saldo. También puede ver el reverso de su tarjeta Spending Account Card para obtener más información. ADEMÁS, es posible que pueda utilizar este dinero para comestibles elegibles, servicios públicos, alquiler y más. Si le diagnostican una o más de las afecciones crónicas que se indican a continuación para ser elegible y tiene una reclamación médica con Humana con fecha de servicio el 1/1/2021 o posterior que refleje dicho diagnóstico, puede ser elegible para recibir beneficios adicionales a través del Humana Healthy Options Allowance. Las nuevas reclamaciones se revisan dos veces por semana para evaluar si los diagnósticos cumplen con los requisitos de elegibilidad. En algunos casos, los afiliados pueden cumplir con los requisitos de elegibilidad si se someten a una Evaluación de riesgos de salud (HRA, por sus siglas en inglés) que indique un diagnóstico de una o más de las afecciones crónicas para ser elegible. Puede encontrar una HRA para determinar la elegibilidad creando una cuenta de MyHumana e iniciando sesión. Afecciones crónicas para ser elegible: • Trastornos autoinmunes • Cáncer Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0



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



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



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
 Prueba de detección del VIH Pagamos una prueba de detección del VIH cada 12 meses para las personas que cumplan con lo siguiente: • soliciten una prueba de detección del VIH, o • tengan un mayor riesgo de infección por el VIH. Si está embarazada, pagamos hasta tres pruebas de detección del VIH durante un embarazo.	\$0
Agencia de cuidado de la salud en el hogar Antes de que pueda obtener servicios de cuidado de la salud en el hogar, un médico debe informarnos que los necesita. Una agencia de cuidado de la salud en el hogar debe proporcionar los servicios. Debe permanecer en casa, lo que significa que salir supone un gran esfuerzo. Pagamos por los siguientes servicios y, tal vez, por otros que no están enumerados aquí: • servicios de enfermería especializada y de asistentes de cuidado de la salud en el hogar a tiempo parcial o de manera intermitente (para tener cobertura del beneficio de cuidado de la salud en el hogar, los servicios de enfermería especializada y de asistentes de cuidado de la salud en el hogar combinados deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • servicios médicos y sociales • equipos y suministros médicos * Es posible que se necesite autorización previa.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [es-www.humana.com](https://www.humana.com).

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Terapia de infusión en el hogar Nuestro plan paga por las terapias de infusión en el hogar, definidas como medicamentos o sustancias biológicas que se administran en una vena o debajo de la piel y se le proporcionan en el hogar. Para realizar la infusión en el hogar, se necesitan lo siguiente: • el medicamento o sustancia biológica, como un antiviral o una inmunoglobulina; • equipos, como una bomba; y • suministros, como tubos o un catéter. Nuestro plan cubre los servicios de infusión en el hogar que incluyen, pero no se limitan a: • servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, que se proporcionan de acuerdo con su plan de cuidado; • capacitación e instrucción de los afiliados, que no están incluido en el beneficio del DME; • supervisión remota; y • servicios de supervisión para proporcionar medicamentos y terapia de infusión en el hogar prestados por un suministrador acreditado de terapia de infusión en el hogar * Es posible que se necesite autorización previa.	\$0
Intervenciones para el asma en el hogar (Healthy Connections de Medicaid) Si usted tiene asma, el plan provee hasta \$200 por año para la compra de ropa de cama libre de alérgenos, limpieza de alfombras y/o un purificador de aire.	\$0



Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Cuidado de hospicio Tiene el derecho de elegir un hospicio si su proveedor y director médico del hospicio determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal y tiene una expectativa de vida de seis meses o menos. Puede recibir cuidados de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan debe brindarle ayuda para encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. Su médico de hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • medicamentos para tratar los síntomas y el dolor • cuidado de relevo de corta duración • cuidado en el hogar Para los servicios de hospicio y servicios cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare que se relacionen con su pronóstico terminal se facturan a Medicare: • Medicare Original (en lugar de nuestro plan) le pagará a su proveedor de hospicio por sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A o B relacionado con su enfermedad terminal. Mientras pertenezca al programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a Medicare Original los servicios que Medicare Original paga. Para los servicios cubiertos por nuestro plan pero no cubiertos por la Parte A o B de Medicare: • Nuestro plan cubre los servicios no cubiertos por la Parte A o B de Medicare. Cubrimos los servicios independientemente de que estén relacionados o no con su pronóstico terminal. Usted no paga nada por estos servicios. Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite es-www.humana.com.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Cuidado de hospicio (continuación) Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de nuestro plan: El hospicio y nuestro plan nunca cubrirán los medicamentos al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5 de este <i>Manual para Afiliados</i>. Tenga en cuenta lo siguiente: Si necesita cuidados que no son de hospicio, llame a su coordinador de cuidados y/o a Servicios para Afiliados para acordar los servicios. El cuidado que no es de hospicio es el cuidado que no está relacionado con su pronóstico terminal.	
Asistencia para la vivienda (Healthy Connections de Medicaid) El plan provee hasta \$500 por año para ayudar con los gastos de vivienda, tales como pagos de alquiler o hipoteca, costos de servicios públicos o gastos de mudanza. Los fondos no utilizados no se transferirán al próximo año. * Es posible que se necesite autorización previa.	\$0
Programa de comidas Humana Well Dine® Después de su hospitalización en el hospital o centro de enfermería, es elegible para recibir 2 comidas por día durante 7 días sin costo adicional. Se le entregarán a domicilio 14 comidas nutritivas. El programa de comidas se limita a 4 veces por año calendario. Las comidas deben solicitarse dentro de los 30 días de alta de la estadía hospitalaria. Se trata de un beneficio complementario. Para obtener información adicional, comuníquese con el número de Servicios para Afiliados que aparece en la parte posterior de su tarjeta de identificación del afiliado de Humana.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Apoyo de vivienda para afiliados con SMI (Healthy Connections de Medicaid) El plan proporciona hasta \$5000 en ayudas para la vivienda si se le ha diagnosticado una enfermedad mental grave (SMI, por sus siglas en inglés) y se encuentra sin hogar, en riesgo de quedarse sin hogar o está abandonando un centro residencial o de hospitalización. Las ayudas para la vivienda pueden ayudar a cubrir los gastos de alquiler o hipoteca, los depósitos de garantía y de servicios públicos, el mobiliario, los suministros o los gastos de mudanza. * Es posible que se necesite autorización previa.	\$0
 Vacunas Cubrimos los siguientes servicios: • vacuna contra la neumonía • vacunas contra la influenza, una vez por cada temporada de influenza en otoño e invierno, aunque se ofrecen vacunas adicionales si es necesario por razones médicas • vacuna contra la hepatitis B si tiene un riesgo elevado o intermedio de contraer hepatitis B • vacunas contra la COVID-19 • otras vacunas si está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare Pagamos por otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de la Parte D de Medicare. Lea el Capítulo 6, Sección D de este <i>Manual para Afiliados</i> y obtenga más información.	\$0
Cuidado de hospitalización Incluye servicios de hospitalización de agudos, rehabilitación de pacientes hospitalizados, hospitales de cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios de hospitales para pacientes hospitalizados. El cuidado de hospitalización comienza el día en que ingresa formalmente al hospital por indicación del médico. El día anterior al alta es su último día de hospitalización. Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0 Debe obtener la aprobación del plan para seguir recibiendo cuidado para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red después de que su emergencia esté bajo control.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com](https://www.humana.com).

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Cuidado de hospitalización (continuación) Pagamos por los siguientes servicios y otros servicios necesarios por razones médicas que no se enumeran aquí: • habitación semiprivada (o habitación privada si es necesario por razones médicas) • comidas, incluidas dietas especiales • servicios normales de enfermería • costos de unidades de cuidados especiales, como unidades de cuidados intensivos o unidades de cuidados coronarios • medicamentos • análisis de laboratorio • radiografías y otros servicios de radiología • suministros médicos y quirúrgicos necesarios • aparatos, como sillas de ruedas • servicios de quirófano y de sala de recuperación • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • servicios de farmacodependencia para pacientes hospitalizados • en algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, un centro de trasplante 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 locales de trasplantes están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, usted puede recibir sus servicios de trasplante localmente o fuera del sistema de cuidado para su comunidad. Si nuestro plan provee servicios de trasplante fuera del patrón de cuidado para su comunidad y usted elige conseguir su trasplante allí, organizaremos o pagaremos los costos razonables de alojamiento y viaje para usted, y otra persona. Este beneficio continúa en la página siguiente.	



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es-www.humana.com.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Cuidado de hospitalización (continuación) • sangre, incluido el almacenamiento y la administración • servicios de médicos especialistas Tenga en cuenta lo siguiente: Para ser un paciente internado, su proveedor debe escribir una orden para admitirlo formalmente como paciente internado del hospital. Incluso si pasa una noche en el hospital, podría ser considerado paciente “ambulatorio”. Si no tiene la certeza de si es un paciente internado o un paciente ambulatorio, pregúntele al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Beneficios hospitalarios de Medicare. Esta hoja informativa está disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633- 4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. * Es posible que se necesite autorización previa.	
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico Pagamos los servicios de cuidado de la salud mental que requieren hospitalización. • Límite de 190 días de duración para los servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico: el límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados prestados en una unidad psiquiátrica de un hospital general • Los días de beneficios utilizados bajo el programa Medicare Original contarán para los días de reserva vitalicios de 190 días al inscribirse en un plan Medicare Advantage * Es posible que se necesite autorización previa.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [es-www.humana.com](https://www.humana.com).

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Estadía hospitalaria: Servicios cubiertos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una estadía hospitalaria no cubierta No pagamos por su estadía hospitalaria si ha utilizado todos sus beneficios para pacientes hospitalizados o si la estadía no es razonable y necesaria por razones médicas. Sin embargo, en algunos casos, el plan cubrirá los servicios que reciba mientras esté en el hospital o en un centro de enfermería. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Afiliados. Pagamos por los siguientes servicios y, tal vez, por otros que no están enumerados aquí: • servicios médicos generales • pruebas de diagnóstico, como análisis de laboratorio	\$0
No pagamos por su estadía hospitalaria si ha utilizado todos los • tratamientos de rayos X, radio e isótopos, incluidos materiales y servicios técnicos • apósitos quirúrgicos • férulas, yesos y otros dispositivos usados para fracturas y luxaciones • prótesis y dispositivos ortóticos, distintos de los dentales, incluida la sustitución o reparación de dichos dispositivos. Se trata de dispositivos que sustituyen a todo o parte de lo siguiente: ○ un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo); o ○ un órgano interno del cuerpo que no funciona o funciona mal. • aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello, bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios debido a roturas, desgastes, pérdidas o cambios en su afección • fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional * Es posible que se necesite autorización previa.	\$0



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



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
 Prueba de detección del cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT, por sus siglas en inglés) Nuestro plan paga las pruebas de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted cumple con los siguientes requisitos: • tiene de 50 a 77 años, y • acude a una consulta de asesoría y toma de decisiones compartidas con su médico u otro proveedor acreditado y • ha fumado al menos 1 paquete al día durante 20 años sin signos o síntomas de cáncer de pulmón, o fuma ahora o ha dejado de fumar en los últimos 15 años. Después de la primera prueba de detección, nuestro plan paga por otra prueba de detección cada año con una indicación por escrito de su médico u otro proveedor acreditado. Si un proveedor opta por realizar una consulta de asesoría y toma de decisiones compartidas para una prueba de detección de cáncer de pulmón, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas.	\$0
 Terapia de nutrición médica Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También es para después de un trasplante de riñón cuando lo solicite su médico. Pagamos por tres horas de servicios de consejería individuales durante el primer año que reciba servicios de terapia de nutrición médica bajo Medicare. Podemos aprobar servicios adicionales si es necesario por razones médicas. Pagamos por dos horas de servicios de asesoría personalizada cada año a partir de entonces. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento por indicación médica. Un médico debe prescribir estos servicios y renovar la orden cada año si necesita tratamiento en el próximo año calendario. Podemos aprobar servicios adicionales si es necesario por razones médicas	\$0



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com](https://www.humana.com).

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
 Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Nuestro plan paga los servicios de MDPP para las personas elegibles. El MDPP está diseñado para ayudar a incrementar el comportamiento saludable. Ofrece formación práctica en los siguientes temas: • cambio en la dieta a largo plazo, y • aumento de la actividad física, y • maneras de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	\$0
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare La Parte B de Medicare Original cubre estos medicamentos. Nuestro plan paga los siguientes medicamentos: • medicamentos que, normalmente, no se administra usted mismo y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios de un médico, de un hospital de cuidado médico ambulatorio o de un centro de cirugía ambulatoria • insulina suministrada mediante un equipo médico duradero (como una bomba de insulina necesaria por razones médicas). • otros medicamentos que tome mediante un equipo médico duradero (como nebulizadores) y que fueron autorizados por el plan • el medicamento contra el Alzheimer, Leqembi (lecanemab genérico), que se administra por vía intravenosa (IV) • factores de coagulación que se administra por su cuenta mediante inyección si tiene hemofilia • medicamentos para trasplantes/inmunosupresores: si Medicare pagó por su trasplante de órgano, cubre la terapia con medicamentos para trasplantes. En el momento de realizarse el trasplante cubierto, deberá tener la Parte A y, cuando reciba los medicamentos inmunosupresores, deberá tener la Parte B. La Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com](https://www.humana.com).

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación) • medicamentos inyectables para la osteoporosis. Estos medicamentos se pagan si usted está confinado en su hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está 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 con las debidas instrucciones (que puede ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada • determinados medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que se toman por vía oral si está disponible el mismo medicamento en forma inyectable o el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que estén disponibles nuevos medicamentos orales contra el cáncer, es posible que Parte B pueda cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, lo hará la Parte D. • medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas usados como parte de una quimioterapia contra el cáncer si se administran antes, durante o en las 48 horas siguientes a la quimioterapia o se usan como sustitución terapéutica completa de un medicamento contra las náuseas por vía intravenosa. • determinados medicamentos orales para la Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare. • medicamentos calcimiméticos en el sistema de pagos de ESRD, incluidos el medicamento intravenoso Parsabiv y el medicamento oral Sensipar Este beneficio continúa en la página siguiente.	



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es-www.humana.com.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación) - determinados medicamentos para la diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea necesario por razones médicas) y los anestésicos tópicos - agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si tiene Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) o si necesita este medicamento para tratar la anemia asociada a otras afecciones (como Epogen®, Procrit®, Epoetina Alfa, Aranesp®, Darbepoetina Alfa, Mircera® o metoxipolietilenglicol-epoetina beta) - inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades de inmunodeficiencia primaria - nutrición parenteral y enteral (alimentación IV y por sonda). A través del siguiente enlace puede abrir una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a Terapia por Fases: es-www.humana.com/PAL También cubrimos algunas vacunas bajo nuestra Parte B de Medicare y la mayoría de las vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D de Medicare. En el Capítulo 5 de este <i>Manual para Afiliados</i> se explica el beneficio de los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Se explican las reglas que debe seguir para obtener la cobertura de sus medicamentos recetados. En el Capítulo 6 de este <i>Manual para Afiliados</i> se explica lo que se paga por los medicamentos recetados ambulatorios a través de nuestro plan. * Es posible que se necesite autorización previa.	



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Transporte no médico (NMT) (Healthy Connections de Medicaid) Hasta 15 viajes de ida y vuelta (o 30 viajes de ida) hasta 30 millas para el transporte no médico por año a lugares como grupos de apoyo social, clases de bienestar y bancos de alimentos. Este beneficio también ofrece transporte a lugares que proporcionan beneficios sociales e integración comunitaria para afiliados como centros comunitarios y vecinales, parques, áreas de recreación e iglesias.	\$0
Cuidado en un centro de enfermería (NF) Un centro de enfermería (NF, por sus siglas en inglés) es un lugar donde se brinda cuidado a personas que no pueden recibir cuidado en casa pero que no necesitan estar en un hospital. Los servicios por los que pagamos incluyen, entre otros, los siguientes: • habitación semiprivada (o habitación privada si es necesario por razones médicas) • comidas, incluidas dietas especiales • servicios de enfermería • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • terapia respiratoria • medicamentos que obtiene como parte de su plan de cuidado. (Esto incluye las sustancias que están presentes naturalmente en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre) • sangre, incluido el almacenamiento y la administración • suministros médicos y quirúrgicos que generalmente proporcionan los centros de enfermería • análisis de laboratorio que suelen realizarse en centros de enfermería Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0



Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Cuidado en centros de enfermería (NF) (continuación) • radiografías y otros servicios de radiología que generalmente proporcionan los centros de enfermería • uso de aparatos, como sillas de ruedas, generalmente proporcionados por los centros de enfermería • servicios de médicos/profesionales médicos • equipo médico duradero • servicios dentales, incluidas las dentaduras • beneficios de cuidado de la vista • pruebas auditivas • cuidado quiropráctico • servicios de podiatría Por lo general, recibirá el cuidado en las instalaciones de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir el cuidado en un centro que no forma parte de nuestra red. Puede recibir cuidado en los siguientes lugares, siempre que acepten los montos de pago de nuestro plan: • un centro de enfermería o una comunidad de retiro con cuidado continuo donde usted vivía justo antes de ir al hospital (siempre que brinde cuidado en un centro de enfermería). • un centro de enfermería donde resida su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que usted reciba el alta * Es posible que se necesite autorización previa.	



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es-www.humana.com.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
 Prueba de detección y tratamiento de la obesidad para mantener el peso Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, el plan cubrirá asesoramiento para ayudarlo a perder peso. Debe recibir la asesoría en un entorno de cuidados primarios. De esta manera, se puede gestionar con su plan integral de prevención. Hable con su proveedor de cuidado primario para obtener más información. Healthy Connections de Medicaid cubre ciertos medicamentos con el fin de tratar la obesidad para los afiliados que cumplen con los criterios clínicos. Se necesita autorización previa. El plan también cubre el asesoramiento de control de peso con un asesor de bienestar, incluida una sesión por mes durante seis meses. (Healthy Connections de Medicaid)	\$0
Servicios del programa de tratamiento de opiáceos (OTP) Nuestro plan cubre los siguientes servicios para tratar el trastorno por el consumo de opiáceos (OUD, por sus siglas en inglés) a través de un OTP que incluye los siguientes servicios: • actividades de admisión • evaluaciones periódicas • medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y, cuando corresponda, la gestión y administración de estos medicamentos. • asesoría sobre el consumo de sustancias • terapia individual y grupal • pruebas de drogas o sustancias químicas en el cuerpo (pruebas toxicológicas)	\$0



Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Pruebas diagnósticas para pacientes ambulatorios y servicios terapéuticos Pagamos por los siguientes servicios y otros servicios necesarios por razones médicas que no se enumeran aquí: • radiografías • radioterapia (radioterapia y terapia con isótopo), incluidos materiales y suministros técnicos • suministros quirúrgicos, como apósitos • férulas, yesos y otros dispositivos usados para fracturas y luxaciones • análisis de laboratorio • sangre, lo que incluye el almacenamiento y la administración • pruebas diagnósticas que no requieren laboratorio, como CT, MRI, EKG y PET, cuando su médico u otro proveedor de cuidado de la salud las indique para tratar una afección médica • otras pruebas diagnósticas ambulatorias * Es posible que se necesite autorización previa.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite es-www.humana.com.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Observación hospitalaria ambulatoria Pagamos por servicios de observación hospitalaria ambulatoria destinados a determinar si necesita que lo ingresen como paciente internado o si puede recibir el alta. Los servicios deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación se cubren solo cuando se prestan por indicación del médico u otra persona autorizada por la ley estatal y los estatutos del personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas ambulatorias. Tenga en cuenta lo siguiente: A menos que el proveedor haya emitido una solicitud para ingresarlo al hospital como paciente internado, usted es un paciente ambulatorio. Incluso si pasa una noche en el hospital, se lo podría considerar “paciente ambulatorio”. Si no tiene la certeza de si es un paciente ambulatorio, pregúntele al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de <i>Beneficios Hospitalarios de Medicare</i>. Esta hoja de datos está disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf	\$0
Servicios hospitalarios ambulatorios Pagamos los servicios necesarios por razones médicas en el departamento ambulatorio de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, como: • Servicios prestados en un departamento de emergencias o clínica de pacientes ambulatorios, tales como cirugía ambulatoria o servicios de observación ○ Los servicios de observación ayudan a su médico a saber si necesita que lo ingresen en el hospital como “paciente internado”. Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0



Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Servicios hospitalarios ambulatorios (continuación) ○ En ocasiones, puede pasar una noche en el hospital y seguir siendo un “paciente ambulatorio”. ○ Puede obtener más información sobre ser paciente internado o ambulatorio en esta hoja informativa: es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf • Análisis de laboratorio y diagnóstico facturados por el hospital • Cuidado de la salud mental, incluido el cuidado prestado por un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que, sin este, sería necesario un tratamiento hospitalario • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos, como férulas y yesos • Pruebas de detección y servicios preventivos enumerados en la Tabla de Beneficios • Determinados medicamentos que no se pueden administrar por cuenta propia * Es posible que se necesite autorización previa.	



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es-www.humana.com.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios Pagamos por los servicios de salud mental proporcionados por los siguientes profesionales: • un psiquiatra o médico con licencia estatal, • un psicólogo clínico, • un trabajador social clínico, • un profesional de enfermería clínica especialista, • un consejero profesional con licencia (LPC), • un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT, por sus siglas en inglés), • un profesional de enfermería practicante (NP, por sus siglas en inglés), • un asistente médico (PA, por sus siglas en inglés), • cualquier otro profesional de cuidado de la salud mental acreditado por Medicare según lo permitido por las leyes estatales aplicables. * Es posible que se necesite autorización previa.	\$0
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Pagamos por la fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del habla Puede obtener servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios en los departamentos de pacientes ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes, centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) y otros centros. * Es posible que se necesite autorización previa.	\$0



Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Servicios de trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios Pagamos por los siguientes servicios y, tal vez, por otros que no están enumerados aquí: • prueba de detección y asesoramiento sobre el abuso de alcohol • tratamiento del abuso de drogas • asesoramiento individual o grupal por parte de un médico clínico acreditado • desintoxicación subaguda en un programa residencial de adicción • servicios de tratamiento de alcohol y/o drogas en un centro de tratamiento ambulatorio intensivo • tratamiento de liberación prolongada con naltrexona (vivitrol)	\$0
Cirugía ambulatoria Pagamos por las cirugías ambulatorias y los servicios en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria. Tenga en cuenta lo siguiente: Si se someterá a una cirugía en un hospital, consulte a su proveedor si va a ser paciente de hospitalización o ambulatorio. A menos que el proveedor emita una solicitud para ingresarlo al hospital como paciente internado, usted es un paciente ambulatorio. Incluso si pasa una noche en el hospital, se lo podría considerar “paciente ambulatorio”. * Es posible que se necesite autorización previa.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [es-www.humana.com](https://www.humana.com).

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio hospitalario ambulatorio o por un centro comunitario de salud mental. Es más intenso que el cuidado que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT), o consejero profesional autorizado. Puede ayudar a evitar que tenga que quedarse en el hospital. El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de tratamiento de terapia de salud mental (conductual) activa brindado en un servicio ambulatorio de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud acreditado a nivel federal o una clínica de salud rural que es más intenso que el cuidado recibido en el consultorio de su médico, terapeuta, LMFT o consejero profesional autorizado, pero menos intenso que una hospitalización parcial. * Es posible que se necesite autorización previa.	\$0
Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico Cubrimos los siguientes servicios: • servicios de cuidado de la salud o quirúrgicos necesarios por razones médicas en lugares tales como: ○ consultorio médico ○ centro de cirugía ambulatoria certificado ○ departamento de pacientes ambulatorios de un hospital • consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista • exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su proveedor de cuidado primario, si su médico lo solicita para determinar si necesita tratamiento Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0



Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación) • servicios de telesalud que incluyen consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un médico o profesional médico, para afiliados en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare • servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) para los afiliados que reciben diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal basado en un hospital o en un hospital de acceso esencial, un centro de diálisis renal o en el hogar • servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un derrame cerebral • servicios de telesalud para afiliados con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente • servicios de telesalud para el diagnosticar, evaluar o tratar los trastornos mentales en los siguientes casos: ○ Si tiene una consulta presencial en los 6 meses anteriores a su primera consulta de telesalud ○ Si tiene una consulta presencial cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias • Servicios de telesalud para consultas de salud mental prestados por clínicas de salud rural y por centros de salud acreditados a nivel federal • Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico durante 5 a 10 minutos en los siguientes casos: ○ no es un paciente nuevo y Este beneficio continúa en la página siguiente.	



Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación) ○ la consulta no se relaciona con una consulta médica hecha en los últimos 7 días y ○ la consulta no conduce a una consulta médica en 24 horas o a la cita más próxima disponible • Evaluación del video y/o imágenes que envíe a su médico e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas si: ○ no es un paciente nuevo y ○ la evaluación no se relaciona con una consulta médica hecha en los últimos 7 días y ○ la evaluación no conduce a una consulta médica en 24 horas o a la cita más próxima disponible. • Consulta que su médico tenga con otros médicos por teléfono, Internet o expediente clínico electrónico si no es un paciente nuevo • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía Nuestro plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: es-www.humana.com/PAL. * Es posible que se necesite autorización previa.	
Servicios de podiatría Cubrimos los siguientes servicios: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo en martillo o espolones en el talón) • Cuidado rutinario de los pies para afiliados con afecciones que involucran las piernas, como la diabetes * Es posible que se necesite autorización previa.	\$0



Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
 Profilaxis previa a la exposición (PrEP, por sus siglas en inglés) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional médico del cuidado de la salud determina que tiene un mayor riesgo de contraer el VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si es elegible, los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos de PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA. Si está recibiendo un medicamento inyectable, también cubrimos los cargos vinculados a la inyección. • Hasta 8 sesiones individuales de asesoría (incluyendo la evaluación del riesgo de infección por el VIH, la reducción del riesgo de infección por el VIH y el cumplimiento de la toma de los medicamentos) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses. • Una única prueba de detección del virus de la hepatitis B.	\$0
Caja de productos para el cuidado materno (Healthy Connections de Medicaid) Si está embarazada y no tiene seguridad alimentaria, el plan cubre hasta cuatro cajas de alimentos frescos. * Es posible que se necesite autorización previa.	\$0
 Pruebas de detección del cáncer de próstata Para hombres de 50 años o más, pagamos los siguientes servicios una vez cada 12 meses: • un examen rectal digital • una prueba del antígeno específico de la próstata (PSA, por sus siglas en inglés)	\$0



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com](https://www.humana.com).

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



Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
 Prueba de detección de la infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección del virus de la hepatitis C si su médico de cuidado primario u otro proveedor de cuidado de la salud acreditado solicita una y usted cumple con una de las siguientes condiciones: • Está en alto riesgo porque usa o ha usado drogas inyectables ilícitas. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965, y no se considera que tenga un riesgo elevado, pagamos por una única prueba de detección. Si tiene un riesgo elevado (por ejemplo, continuó usando drogas inyectables ilícitas desde su anterior prueba de detección negativa del virus de la hepatitis C), cubrimos pruebas de detección anuales.	\$0
Servicios para enfermedades mentales graves (SMI) (Healthy Connections de Medicaid) El plan cubre servicios intensivos de gestión de casos para afiliados con una enfermedad mental grave (SMI), incluida la coordinación de servicios para la salud del comportamiento para afiliados con un mayor riesgo y necesidad de dichos servicios. * Es posible que se necesite autorización previa.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com](https://www.humana.com).

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
 Pruebas de detección y asesoría sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) Pagamos por las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para mujeres embarazadas y para algunas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una ITS. Un proveedor de cuidado primario debe solicitar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También pagamos por hasta dos sesiones presenciales de asesoría conductual de alta intensidad cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer ITS. Cada sesión puede durar entre 20 y 30 minutos. Pagamos por estas sesiones de asesoría como un servicio preventivo solo si las proporciona un proveedor de cuidado primario. Las sesiones deben realizarse en un entorno de cuidados primarios, como el consultorio de un médico.	\$0
Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers® SilverSneakers® es un programa de acondicionamiento físico para personas mayores que se incluye sin cargo adicional con los planes de salud de Medicare elegibles. Los afiliados tienen acceso a las instalaciones de acondicionamiento físico participantes en todo el país, que pueden incluir pesas y máquinas, además de clases de ejercicios en grupo dirigidas por instructores capacitados en ubicaciones seleccionadas. Acceda a la educación en línea en SilverSneakers.com, vea videos de entrenamiento en SilverSneakers On-Demand™ o descargue la aplicación de acondicionamiento físico SilverSneakers GO™ para obtener ideas de entrenamiento adicionales. Cualquier centro de acondicionamiento físico que normalmente tiene una tarifa adicional no está incluido en su membresía.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF) Para obtener una definición de cuidado en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. Usted tiene cobertura por hasta 100 días necesarios por razones médicas por período de beneficios. No se requiere hospitalización previa. Pagamos por los siguientes servicios y, tal vez, por otros que no están enumerados aquí: • una habitación semiprivada o una habitación privada si es necesario por razones médicas • comidas, incluidas dietas especiales • servicios de enfermería especializada • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • medicamentos que recibe como parte de su plan de cuidado, incluidas sustancias que se encuentran naturalmente en el cuerpo, como factores de coagulación sanguínea • sangre, incluido el almacenamiento y la administración • suministros médicos y quirúrgicos que proporcionan los SNF • análisis de laboratorio que realizan los SNF • radiografías y otros servicios de radiología proporcionados por los centros de enfermería • aparatos como sillas de ruedas proporcionadas por centros de enfermería • servicios de médicos/proveedores Por lo general, recibirá el cuidado del SNF en los centros de la red. Bajo ciertas condiciones, usted puede recibir su cuidado de un centro que no está en nuestra red. Puede recibir cuidado en los siguientes lugares, siempre que acepten los montos de pago de nuestro plan: Este beneficio continúa en la página siguiente.	Un nuevo período de beneficios comenzará el primer día cuando usted se afilie por primera vez en un plan Medicare Advantage, o cuando le hayan dado de alta del cuidado especializado en un centro de enfermería especializada durante 60 días consecutivos. \$0



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) • un hogar de ancianos o una comunidad de jubilados con cuidados continuados donde vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que ofrezcan los cuidados de un centro de enfermería especializada) • un centro de enfermería donde vive su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que abandona el hospital * Es posible que se necesite autorización previa.	
Examen físico deportivo (Healthy Connections de Medicaid) El plan cubre un examen físico deportivo por año, incluido el transporte hasta la cita.	\$0
 Abandono del tabaco y del consumo de tabaco El asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios e internados que cumplen con los siguientes criterios: • consumen tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de alguna enfermedad relacionada con el tabaco • son competentes y están alertas durante el asesoramiento • reciben asesoramiento por parte de un médico acreditado u otro profesional médico reconocido por Medicare Cubrimos dos intentos para dejar el tabaco por año (cada intento puede incluir un máximo de cuatro sesiones intermedias o intensivas, con hasta ocho sesiones por año). Healthy Connections de Medicaid también cubre lo siguiente: • Tanto la terapia de venta sin receta (OTC) como la terapia de sustitución de nicotina con receta.	\$0



Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Terapia de ejercicios supervisados (SET) Pagamos por SET para afiliados con enfermedad arterial periférica sintomática (PAD, por sus siglas en inglés) Nuestro plan paga por lo siguiente: • hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de la SET • 36 sesiones adicionales a lo largo del tiempo si un proveedor de cuidado de la salud lo considera necesario por razones médicas El programa de la SET debe cumplir con las siguientes condiciones: • sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para la PAD destinadas a afiliados con calambres en las piernas debido a un flujo sanguíneo deficiente (claudicación) • llevarse a cabo en un entorno hospitalario ambulatorio o en el consultorio de un médico • ser impartido por personal acreditado que garantice que los beneficios superan a los daños y que esté capacitado en la terapia de ejercicios para la PAD • realizarse bajo la supervisión directa de un médico, un auxiliar médico o un profesional de enfermería practicante/especialista en enfermería clínica capacitado en técnicas de soporte vital básico y avanzado	\$0



Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Cuidado de urgencia El cuidado de urgencia es el cuidado que se proporciona como tratamiento en los siguientes casos: • una situación que no es de emergencia que requiere cuidados médicos inmediatos o • una enfermedad imprevista, o • una lesión o • una afección que necesita cuidados de inmediato. Si necesita cuidado de urgencia, primero debe intentar obtenerlos de un proveedor de red. Sin embargo, puede utilizar proveedores fuera de la red cuando no puede acceder a un proveedor de la red porque, dada su hora, lugar o circunstancias, no es posible o no es razonable obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando está fuera del área de servicio del plan y necesita servicios médicos inmediatos necesarios para una afección no vista, pero que no es una emergencia médica). Tiene cobertura para los servicios de urgencia en todo el mundo. Si necesita cuidado de urgencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, será responsable de pagar por adelantado los servicios prestados. Debe presentar un comprobante de pago a Servicios para Afiliados para su reembolso. Es posible que no le reembolsemos todos sus gastos de desembolso personal. Esto se debe a que nuestras tarifas contratadas pueden ser inferiores a las tarifas de proveedores fuera de EE. UU. y sus territorios. Usted es responsable de cualquier costo que exceda nuestras tarifas contratadas, así como de cualquier costo compartido aplicable para afiliados.	\$0



Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Cuidado de la vista Pagamos los servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares. Por ejemplo, el tratamiento para la degeneración macular relacionada con el envejecimiento. Para las personas con alto riesgo de tener glaucoma, pagamos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de tener glaucoma incluyen las siguientes: • personas con antecedentes familiares de glaucoma • personas con diabetes • afroamericanos de 50 años o más • hispanoamericanos que tienen 65 años o más Para las personas con diabetes, pagamos una prueba de detección de retinopatía diabética una vez al año. Pagamos por un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas en la cual el médico inserta una lente intraocular. Si usted se somete a dos cirugías de cataratas por separado, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. No puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si no recibió un par de anteojos después de la primera cirugía. Además, cubrimos los Beneficios Suplementarios Obligatorios de la Vista que incluyen un examen rutinario de la vista y un subsidio para anteojos. El plan también cubre el transporte a los servicios para la vista (Healthy Connections de Medicaid).	\$0 <u>Beneficios Suplementarios Obligatorios de la Vista</u> Tiene cobertura para Beneficios Suplementarios Obligatorios de la Vista. Consulte la descripción del Beneficio de la Vista Suplementario Obligatorio al final de esta tabla para obtener más información.



Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
 Consulta Preventiva de “Bienvenida a Medicare” Cubrimos la consulta preventiva única de bienvenida a Medicare. La consulta incluye lo siguiente: • una revisión de su salud, • educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluyendo pruebas de detección e inyecciones), y • referidos para otros cuidados si lo necesita. Tenga en cuenta lo siguiente: Cubrimos la consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare” solamente durante los primeros 12 meses en que tenga la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informe al consultorio de su médico que quisiera concertar la consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare”.	\$0
Apoyo académico para jóvenes (Healthy Connections de Medicaid) El plan cubre servicios de tutoría personalizada para los afiliados de entre 5 y 18 años, incluidas 20 horas de tutoría disponibles durante un período de 10 semanas. Los estudiantes recibirán asistencia específica para mejorar su experiencia de aprendizaje y sobresalir en sus estudios.	\$0
Desarrollo y recreación juvenil (Healthy Connections de Medicaid) El plan prevé un reembolso de hasta \$250 anuales por participación en actividades tales como clases de música, clases de natación, clases de codificación informática y actividades en el YMCA y el Club de Niños y Niñas.	\$0

Beneficio dental suplementario obligatorio DEN284

Descripción de la Cobertura

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



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es-www.humana.com**.

Deducible	\$0	
Máximo Anual	\$1,500	
Descripción del Beneficio	Dentro de la Red, Usted Paga*	Fuera de la red, usted paga
Servicios Preventivos		
Frecuencia/Limitaciones de los Exámenes: 2 códigos de procedimiento por año calendario		
Examen bucal periódico: D0120	0%	0%
Frecuencia/Limitaciones de los Exámenes: 1 código de procedimiento por año calendario		
Examen de diagnóstico de emergencia: D0140	0%	0%
Frecuencia/Limitaciones de los Servicios de Diagnóstico: 1 código de procedimiento cada 3 años calendario		
Examen periodontal: D0180	0%	0%
Examen integral: D0150	0%	0%
Frecuencia/Limitaciones de las Radiografías de Mordida: 1 por año calendario		
Descripción del Beneficio	Dentro de la Red, Usted Paga*	Fuera de la red, usted paga
Radiografías de mordida: D0270, D0272, D0273, D0274	0%	0%
Frecuencia/Limitaciones de las Radiografías Intrabucuales (dentro de la boca): 1 por año calendario		
Radiografías Periapicales: D0220, D0230	0%	0%
Frecuencia/Limitaciones de las Radiografías Panorámicas o de Boca Completa: 1 código de procedimiento cada 5 años calendario		
Serie completa: D0210	0%	0%
Placa panorámica: D0330	0%	0%
Frecuencia/Limitaciones de la Profilaxis (limpieza): 2 códigos de procedimiento por año calendario		
Profilaxis (limpieza): D1110	0%	0%
Frecuencia/Limitaciones del Mantenimiento Periodontal: 4 códigos de procedimiento por año calendario		
Mantenimiento periodontal después de terapia periodontal: D4910	0%	0%
Servicios Integrales		
Frecuencia/Limitaciones de las Restauraciones (Empastes); Amalgama y/o Resina Compuesta: códigos de procedimiento ilimitados por año calendario		
Amalgama (de plata) principal o permanente: D2140, D2150, D2160, D2161	0%	0%
Resina compuesta (blanca) anterior (delantero) o posterior (trasero): D2330, D2331, D2332, D2335, D2391, D2392, D2393, D2394	0%	0%



Frecuencia/Limitaciones del Raspado; Inflamación Generalizada: 1 código de procedimiento cada 3 años calendario		
Raspado; inflamación gingival moderada o grave: D4346	0%	0%
Frecuencia/Limitaciones del Alisado y Raspado Radicular: 1 código de procedimiento cada 3 años calendario, por cuadrante		
Alisado y raspado radicular periodontal: D4341, D4342	0%	0%
Servicios de endodoncia: frecuencia/limitaciones: 1 código de procedimiento por diente de por vida		
Conducto radicular: D3310, D3320, D3330	0%	0%
Retratamiento endodóntico: frecuencia/limitaciones: 1 código de procedimiento por diente de por vida		
Retratamiento de terapia de conducto radicular anterior: D3346, D3347, D3348	0%	0%
Coronas: frecuencia/limitaciones: 1 código de procedimiento por diente de por vida		
Coronas (sin coronas de anclaje): D2710, D2712, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2780, D2781, D2782, D2783, D2790, D2791, D2792, D2794	0%	0%
Incrustación onlay: D2542, D2543, D2544, D2642, D2643, D2644, D2662, D2663, D2664	0%	0%
Dentaduras completas: frecuencia/limitaciones: 1 dentadura superior e inferior completa, o 1 dentadura postiza de inmediato superior e inferior cada 5 años calendario, incluido el cuidado rutinario posterior a la colocación		
Dentadura completa, maxilar (superior) o mandibular (inferior): D5110, D5120	0%	0%
Descripción del Beneficio	Dentro de la Red, Usted Paga*	Fuera de la red, usted paga
Dentadura postiza de inmediato, maxilar (superior) o mandibular (inferior): D5130, D5140	0%	0%
Dentaduras postizas parciales extraíbles (incluido el cuidado rutinario posterior a la colocación): frecuencia/limitaciones: 1 dentadura postiza parcial superior y/o 1 inferior cada 5 años calendario		
Dentaduras postizas parciales: resina o metal, maxilar (superior) o mandibular (inferior): D5211, D5212, D5213, D5214, D5221, D5222, D5223, D5224, D5225, D5226, D5227, D5228	0%	0%
Dentadura postiza parcial: maxilar (superior) o mandibular (inferior): D5211, D5212, D5213, D5214, D5221, D5222, D5223, D5224, D5225, D5226, D5228	0%	0%
Dentadura postiza parcial unilateral extraíble: maxilar o mandibular: D5282, D5283	0%	0%
Dentadura postiza parcial unilateral extraíble por cuadrante: D5284, D5286	0%	0%



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite es-www.humana.com.

Cirugía oral: frecuencia/limitaciones: 2 códigos de procedimiento por año calendario		
Cirugía oral: D7220, D7230, D7240, D7250, D7284, D7285, D7286, D7287, D7288, D7310, D7311, D7320, D7321, D7412, D7450, D7451, D7460, D7461, D7509, D7510, D7961, D7962, D7963, D7970, D7971, D7972,	0%	0%
Ajustes de dentadura (no cubiertos si se cumplen seis meses desde la colocación inicial): frecuencia/limitaciones: 1 código de procedimiento por año calendario		
Ajuste de dentadura completa: maxilar (superior) o mandibular (inferior) – D5410, D5411	0%	0%
Ajuste de dentadura postiza parcial – maxilar (superior) o mandibular (inferior) – D5421, D5422	0%	0%
Rebase de dentadura (no permitido en dentaduras de repuesto ni si han pasado menos de seis meses desde la colocación inicial): frecuencia/limitaciones: 1 código de procedimiento por año calendario		
Dentadura completa de rebase: maxilar (superior) o mandibular (inferior) – D5730, D5731, D5750, D5751	0%	0%
Dentadura postiza parcial de rebase: maxilar (superior) o mandibular (inferior) – D5740, D741, D5760, D5761	0%	0%
Reparaciones de dentaduras (no cubiertas si se realiza dentro de los seis meses posteriores a la colocación inicial): frecuencia/limitaciones: 1 código de procedimiento por año calendario		
Reparación de la base completa de la dentadura: maxilar (superior) o mandibular (inferior) – D5511, D5512	0%	0%
Reparación de la base de dentadura postiza parcial: maxilar (superior) o mandibular (inferior) – D5611, D5612	0%	0%
Reparación de la estructura de dentadura postiza parcial: maxilar (superior) o mandibular (inferior) – D5621, D5622	0%	0%
Reemplazo de un diente faltante o roto: D5520, D5630, D5640, D5650	0%	0%
Adición de diente o gancho a la dentadura postiza parcial: D5660	0%	0%
Descripción del Beneficio	Dentro de la Red, Usted Paga*	Fuera de la red, usted paga
Reemplazo de todos los dientes/acrílicos: maxilar (superior) o mandibular (inferior) – D5670, D5671	0%	0%
Rebase de dentaduras (no cubierto si se realiza dentro de los seis meses posteriores a la colocación inicial): frecuencia/limitaciones: 1 código de procedimiento por año calendario		
Rebase de la dentadura completa: maxilar (superior) o mandibular (inferior) – D5710, D5711	0%	0%
Rebase de la dentadura postiza parcial: maxilar (superior) o mandibular (inferior) – D5720, D5721	0%	0%
Rebase de prótesis híbridas: D5725	0%	0%



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [es-www.humana.com](https://www.humana.com).

Acondicionamiento de tejidos (no cubierto si se realiza dentro de los seis meses posteriores a la colocación inicial): frecuencia/limitaciones: 1 código de procedimiento por año calendario		
Acondicionamiento de tejidos: maxilar (superior) o mandibular (inferior) – D5850, D5851	0%	0%
Ajustes oclusales (no cubierto si se realiza dentro de los seis meses posteriores a la colocación inicial): frecuencia/limitaciones : 1 código de procedimiento cada 3 años calendario		
Ajuste oclusal: limitado – D9951	0%	0%
Manejo del dolor: frecuencia/limitaciones: 2 códigos de procedimiento por año calendario		
Tratamiento paliativo del dolor dental – D9110	0%	0%
Anestesia: frecuencia/limitaciones: según sea necesario, con códigos cubiertos por año calendario (en combinación con procedimientos extensos y/o complejos, sujeto a limitaciones y exclusiones del plan, sujeto a revisión clínica)		
Administración de analgesia, ansiólisis, inhalación de óxido nitroso: D9230	0%	0%
Administración de sedación profunda/anestesia general: D9222, D9223	0%	0%
Administración de sedación/analgesia intravenosa moderada (consciente): D9239, D9243, D9246, D9247	0%	0%
Recementación de la corona: frecuencia/limitaciones: 1 código de procedimiento cada 5 años calendario		
Recementación de incrustaciones inlay, onlay o restauraciones de cobertura parcial: D2910	0%	0%
Recementado de poste y núcleo prefabricado o fabricado indirectamente: D2915	0%	0%
Recementado de corona: D2920	0%	0%

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

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

Los beneficios Dentales Suplementarios Obligatorios se proporcionan a través de Humana Dental Medicare Network. El localizador de proveedores de nuestra red nacional se puede encontrar en **es-www.humana.com/FindCare**.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

Cómo Se Calculan los Pagos a Usted o su Dentista

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

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

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

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

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

Cómo presentar planes de pretratamiento

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

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

Beneficio suplementario obligatorio para servicios de la audición HER945

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



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

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

Beneficio suplementario obligatorio VIS602



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

Descripción del Beneficio	Dentro de la Red: Usted Paga*
- Examen Ocular de Rutina, incluida la refracción (1 por año calendario) por parte un proveedor de servicios ópticos de la Red de Humana Medicare Insight O BIEN - Examen de refracción (1 por año calendario), en lugar de un examen ocular de rutina, cuando se realiza en la misma cita que un examen integral de la vista cubierto por Medicare, por parte de un proveedor de servicios ópticos médicos de la red de Humana.	\$0* O BIEN \$0 para el examen de refracción, además de los costos compartidos del Médico Especialista para el examen médico
- Beneficio de Anteojos (1 por año calendario) en un proveedor de servicios ópticos de la red de Humana Medicare Insight \$450 de subsidio para la compra de monturas y un par de lentes; o bien, para la compra de lentes de contacto (convencionales o desechables) El beneficio no incluye la colocación de lentes de contacto. La protección ultravioleta, la capa contra rayaduras y otras opciones de lentes pueden aplicarse para el beneficio del subsidio de anteojos. El subsidio para beneficios se aplica al precio de venta. El afiliado es responsable de cualquier costo que supere la cantidad aprobada por el plan. El beneficio solo se puede utilizar una vez. Los dólares de subsidio restantes no se “transfieren” a una compra futura.	Cualquier cantidad minorista superior a \$450

* El cargo por su examen de rutina no excederá los **\$0** en un proveedor óptico de la **Red Humana Medicare Insight**. Informe al proveedor de la red de que usted pertenece a la Red Humana Medicare Insight. **TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE:** La red de proveedores para sus beneficios suplementarios de la visión a través de la Red Humana Medicare Insight puede ser diferente de la red de proveedores para los beneficios de visión cubiertos por Medicare. El localizador de proveedores para la vista de rutina o con cobertura de Medicare se puede encontrar en **es-www.humana.com/FindCare**.

E. Beneficios de nuestro plan para visitantes o viajeros

El beneficio de viajes de la Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) está disponible para usted como afiliado de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP). Ya puede acceder al cuidado de urgencia y de emergencia cuando se encuentra fuera del área de servicio. Sin embargo, al viajar dentro de los Estados Unidos, el beneficio de viajes de la HMO le permite recibir los servicios cubiertos por el plan, incluida el cuidado preventivo. Los servicios cubiertos deben estar brindados por proveedores que formen parte de la red nacional de la HMO/el Plan de Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

inglés) de Medicare. Puede utilizar la opción “Encontrar un Médico” en es-www.humana.com o comunicarse con Servicios para Afiliados y obtener ayuda en la localización de un proveedor de la red cuando utilice el beneficio de viajes de HMO. Si recibe cuidados de un proveedor dentro de la red nacional de Medicare HMO/SNP, pagará el mismo copago o coseguro dentro de la red que pagaría si recibiera los cuidados dentro de su área de servicio a domicilio.

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

Si está fuera del área de servicio del plan durante más de 6 meses seguidos, pero no se ha mudado de forma permanente, por lo general, debemos desafiliarlo de nuestro plan. Sin embargo, ofrecemos un programa de visitantes/viajeros que le permite permanecer afiliado a nuestro plan cuando se encuentre fuera de nuestra área de servicio, pero dentro de Estados Unidos durante 12 meses como máximo. Con nuestro programa de visitantes/viajeros, recibe todos los servicios cubiertos por el plan a precios de costos compartidos dentro de la red. Comuníquese con nosotros si necesita ayuda para encontrar un proveedor cuando utilice el beneficio para visitantes/viajeros.

Si se encuentra en un área para visitantes/viajeros, puede permanecer afiliado al plan hasta el 31/12/2026. Si no regresa al área de servicio de nuestro plan antes del 31/12/2026, finalizaremos su afiliación a nuestro plan.

F. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

No cubrimos los siguientes servicios, pero están disponibles a través de Healthy Connections de Medicaid.

F1. Servicios dentales

Los diagnósticos (evaluación oral y radiografías), el cuidado preventivo (limpieza anual), el cuidado restaurador (empastes) y el cuidado quirúrgico (extracciones/eliminaciones) están cubiertos mediante una tarifa por servicio. Comuníquese con su coordinador de cuidados para obtener más información.

F2. Transporte médico que no sea de emergencia

La asistencia de transporte está disponible desde y hacia cualquier cita médica con un copago de \$0. El tipo de asistencia dependerá de la situación médica del afiliado. Las solicitudes urgentes o del mismo día (como asistencia de transporte para altas hospitalarias de rutina) se verificarán con los proveedores de cuidado de la salud para confirmar que el tiempo reducido sea necesario por razones médicas. Cualquier afiliado que necesite transporte de emergencia debe llamar al 911.

Para obtener más información, comuníquese con su coordinador de cuidados o consulte el folleto para afiliados ubicado en el sitio web de ModivCare, que es el agente de transporte: www.memberinfo.logisticare.com/scmember/Downloads. Si tiene preguntas adicionales, comuníquese con ModivCare utilizando la información de contacto de su región en el folleto para afiliados.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es-www.humana.com.

G. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o Healthy Connections de Medicaid

Esta sección detalla los beneficios excluidos por nuestro plan. “Excluido” significa que no pagamos estos beneficios. Medicare y Healthy Connections de Medicaid tampoco pagan por ellos.

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

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

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

- servicios considerados no “razonables y necesarios por razones médicas”, de acuerdo con las normas de Medicare y Healthy Connections de Medicaid, a menos que los enumeremos como servicios cubiertos
- tratamientos médicos y quirúrgicos experimentales, artículos y medicamentos, a menos que Medicare, un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan los cubra. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. El tratamiento experimental y los artículos son aquellos que no son generalmente aceptados por la comunidad médica
- tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando sea necesario por razones médicas y Medicare lo pague
- una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea necesario por razones médicas
- profesionales de enfermería privados
- artículos personales en su habitación de hospital o centro de enfermería, como un teléfono o un televisor
- cuidado de enfermería a tiempo completo en su hogar
- honorarios cobrados por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar
- procedimientos o servicios de mejora opcionales o voluntarios (que incluyen la pérdida de peso, el crecimiento del cabello, el rendimiento sexual, el rendimiento deportivo, los fines estéticos, el antienvejecimiento y el rendimiento mental), excepto cuando sea necesario por razones médicas
- cirugía estética u otro 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 por la reconstrucción de una mama después de una mastectomía y por el tratamiento de la otra mama para que tengan apariencia simétrica



- cuidado quiropráctico, que no sea la manipulación manual de la columna vertebral de acuerdo con las pautas de cobertura
- cuidado rutinario de los pies, excepto como 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 ortopédico, o que los zapatos sean para una persona con enfermedad del pie diabético
- dispositivos de soporte para los pies, excepto calzado ortopédico o terapéutico para personas con enfermedad del pie diabético
- queratotomía radial, cirugía LASIK y otros servicios para casos de baja capacidad visual; sin embargo, el plan pagará el costo de los anteojos después de la cirugía de catarata
- reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos sin receta
- servicios de naturopatía (el uso de tratamientos naturales o alternativos)
- servicios proporcionados a veteranos en una instalaciones de Asuntos de los Veteranos (VA, por sus siglas en inglés). Sin embargo, cuando un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital de VA y los costos compartidos de VA son mayores que los costos compartidos de nuestro plan, reembolsaremos al veterano la diferencia. Aun así, usted sigue siendo responsable de sus montos de costos compartidos

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

- Los dentistas de la red han aceptado proveer servicios a tarifas contratadas (según la lista de tarifas dentro de la red o INFS). Si un afiliado asiste a la consulta de un dentista de la red participante, el afiliado no recibirá una factura por cargos superiores a la lista de tarifas negociada en los servicios cubiertos (el pago de coseguro aún se aplica).
- Los servicios recibidos de un dentista fuera de la red no están cubiertos.
- Colocación inicial o sustitución de una dentadura anterior que no se puede usar ni reparar. Las dentaduras de repuesto no están cubiertas.
- Es posible que la realineación dental no esté cubierta en los seis meses posteriores a la colocación inicial de la dentadura o en dentaduras de repuesto.
- Es posible que los ajustes dentales no estén cubiertos en los seis meses posteriores a la colocación inicial de la dentadura o en las dentaduras de repuesto.
- Gastos incurridos mientras califica para cualquier ley de compensación de trabajadores o enfermedad ocupacional, ya sea que haya solicitado cobertura o no.
- Servicios que cumplan con los siguientes requisitos:
 - Sean gratis o que no debería pagarlos si no tuviera este seguro, a menos que se reciban los cargos del gobierno de los EE. UU. o cualquiera de sus agencias y sean reembolsables, según lo exija la ley.
 - Proporcionados por cualquier plan o ley a través de cualquier Gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare o Medicaid) (o este lo paga).



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es-www.humana.com**.

- Proporcionados por cualquier hospital/institución/agencia que pertenezca al gobierno de los EE. UU. o sea dirigida por el gobierno de los EE. UU. para cualquier servicio relacionado con enfermedades o lesiones corporales.
- Toda pérdida que sea causa o consecuencia de una guerra o cualquier acto de guerra, sea declarado o no; cualquier acto de conflicto armado internacional; o cualquier conflicto en el que participen fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
- Cualquier gasto que surja del llenado de formularios. • Su falta de asistencia a una cita con el dentista.
- Cualquier servicio que consideremos odontología estética, a menos que sea necesario por ser el resultado de una lesión accidental sufrida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos que los siguientes procedimientos de odontología estética incluyen, entre otros, los siguientes:
 - revestimientos en coronas o pónicos (la parte de un puente fijo entre los pilares) posteriores al segundo bicúspide;
 - cualquier servicio para corregir malformaciones congénitas;
 - cualquier servicio realizado, principalmente, para mejorar la apariencia;
 - caracterizaciones y personalización de los dispositivos protésicos; o
 - cualquier procedimiento para cambiar la separación y/o la forma de los dientes;
- Cargos por:
 - cualquier tipo de implante y todos los servicios relacionados, incluidas las coronas o el dispositivo protésico conectado a estas;
 - accesorios de precisión o semiprecisión;
 - otros accesorios personalizados;
 - servicios dentales temporales o provisionales;
 - cargos adicionales relacionados con el material o equipo utilizado en la prestación de cuidado dental;
 - la extracción de cualquier implante, a menos que se realice un servicio con cobertura.
- Cualquier servicio relacionado con lo siguiente:
 - Alteración de la dimensión vertical de los dientes.
 - Restauración o mantenimiento de la oclusión.
 - Ferulización dental, incluidos múltiples pilares, o cualquier servicio para estabilizar los dientes debilitados periodontalmente.
 - Sustitución de las estructuras dentadas que se perdieron por la abrasión, el desgaste, la erosión o la abfracción.
 - Registro o análisis de mordida.



- Control de infecciones, incluido, pero no limitado a las técnicas de esterilización.
- Tarifas por un tratamiento realizado por alguien que no sea un dentista, excepto por el raspado, la limpieza de los dientes y la aplicación tópica de flúor, que puede ser realizada por un higienista dental con licencia. El tratamiento debe realizarse bajo la supervisión del dentista de acuerdo con las normas dentales generalmente aceptadas.
- Cualquier hospital, centro quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anestesiólogo o anestesista.
- Medicamentos recetados o premedicaciones, ya sean dispensados o recetados.
- Cualquier servicio no mencionado específicamente en la Información de Cobertura.
- Cualquier servicio que no sea elegible para los beneficios basados en la revisión clínica, que no ofrezca un pronóstico favorable, que no tenga un respaldo profesional uniforme o que se considere de naturaleza experimental o investigativa.
- Servicios de ortodoncia.
- Servicios de coronas de anclaje cuando la cobertura del puente no está incluida en la prestación.
- Cualquier gasto incurrido antes de su fecha de vigencia o después de la fecha en que finaliza este beneficio suplementario.
- Servicios proporcionados por alguien que habitualmente vive en su hogar o que es miembro de su familia.
- Cargos que superan el límite de reembolso del servicio.
- Tratamiento resultante de cualquier lesión o enfermedad corporal autoinfligida de forma intencional.
- Anestesia local, irrigación, bases, cubierta pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio/ moldes de diagnóstico, planes de tratamiento, ajustes oclusales (superficies de mordida o amolado de dientes molares y bicúspide), o preparación de tejidos asociados con la impresión o colocación de una restauración cuando se cobra como un servicio independiente. Estos servicios se consideran como una parte integral de todo el servicio dental.
- Cualquier prueba, intraoperatoria, radiografías, laboratorio, extracción de postes existentes, material de empaste, portadores de Therafill y cualquier otro cuidado de seguimiento se considera integral en la terapia de conductos radiculares. Una tarifa independiente por estos servicios no se considera como un gasto cubierto.
- Reparación y sustitución de aparatos ortodónticos.
- Cualquier tratamiento quirúrgico o no quirúrgico para los problemas de la articulación de la mandíbula, incluidos cualquier trastorno de la articulación temporomandibular, trastorno craneomaxilar, trastorno craneomandibular, u otras afecciones de la articulación que une el hueso de la mandíbula y el cráneo; o tratamiento de los músculos faciales que se utilizan en la expresión y las funciones de masticación, para los síntomas que incluyen, entre otros, dolores de cabeza.
- Los beneficios de la cirugía oral bajo este plan no incluyen lo siguiente:
 - cualquier servicio para la cirugía ortognática;



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

- cualquier servicio para la destrucción de lesiones por cualquier método;
- cualquier servicio de trasplante de dientes;
- cualquier servicio para la extracción de un cuerpo extraño del tejido oral o del hueso;
- cualquier servicio para la reconstrucción de defectos quirúrgicos, traumáticos o congénitos de los huesos faciales;
- cualquier tarifa independiente para el cuidado preoperatorio y postoperatorio.
- La anestesia general o la sedación consciente no son un servicio con cobertura, a menos que se basen en la revisión clínica de la documentación proporcionada y administrada por un dentista o un profesional médico del cuidado de la salud junto con procedimientos quirúrgicos orales con cobertura, procedimientos quirúrgicos periodontales y óseos, o procedimientos quirúrgicos perirradiculares para los servicios que tienen cobertura.
- La anestesia general o la sedación consciente administrada por las siguientes razones, entre otras, no están cubiertas:
 - Control del dolor, a menos que se proporcione una alergia documentada a la anestesia local.
 - Ansiedad.
 - Miedo al dolor.
 - Manejo del dolor.
 - Incapacidad emocional para someterse a cirugía.
- Programas de control preventivo que incluyen, entre otros, instrucciones de higiene oral, control de placa, artículos para llevar a casa, recetas y planificación dietética. • Sustitución de cualquier restauración importante, prótesis o dispositivo perdidos, robados, dañados, extraviados o duplicados.
- Cualquier prueba de susceptibilidad a caries, análisis de laboratorio, muestras de saliva, cultivos anaeróbicos, pruebas de sensibilidad o cargos por procedimientos de patología oral.
- Los servicios de periodoncia quirúrgica de este plan no se consideran servicios con cobertura por honorarios independientes para el cuidado preoperatorio y postoperatorio y la reevaluación en un plazo de 12 meses.
- No ofrecemos cobertura para los servicios que, generalmente, se consideran servicios médicos, excepto aquellos específicamente mencionados como cubiertos en la Información de Cobertura.
- Los copagos, coseguros y deducibles pagados por beneficios suplementarios no cuentan para la cantidad máxima de desembolso personal.

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

- Audífonos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés).
- Cualquier tarifa por exámenes, pruebas, evaluaciones o cualquier servicio que exceda los máximos indicados.



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

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

- Cualquier beneficio recibido de un proveedor óptico que no pertenece a la red.
- Readaptación o cambio en el diseño de las lentes después de la adaptación inicial.
- Cualquier gasto que surja del llenado de formularios.
- Cualquier servicio que no mencionado específicamente en su beneficio suplementario.
- Terapia ortóptica o entrenamientos de la vista.
- Dispositivos para la visión subnormal y exámenes relacionados.
- Lentes aniseicónicas.
- Lentes para deportistas o lentes industriales.
- Prismas (no cubiertos con subsidio, pero pueden estar disponibles a una tarifa con descuento sobre el precio minorista. consulte con el proveedor para obtener información).
- Cualquier servicio que consideremos estético.
- Cualquier gasto incurrido antes de su fecha de vigencia o después de la fecha en que finaliza este beneficio suplementario.
- Servicios proporcionados por alguien que habitualmente vive en su hogar o que es miembro de su familia.
- Cargos que exceden la cantidad del subsidio para el servicio.
- Tratamiento resultante de cualquier lesión o enfermedad corporal autoinfligida de forma intencional.
- Lentes planas.
- Tratamiento médico o quirúrgico del ojo, los ojos o las estructuras de soporte.
- Gafas de sol sin receta.
- Dos pares de anteojos en lugar de lentes bifocales.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es-www.humana.com**.

- Servicios o materiales provistos por cualquier otro plan de beneficios grupales que ofrezca cuidado de la vista.
- Tratamiento correctivo de la vista de naturaleza experimental.
- Soluciones y/o productos de limpieza para anteojos o lentes de contacto.
- Artículos sin receta.
- Costos asociados con materiales de seguridad.
- Servicios preoperatorios y posoperatorios.
- Ortoqueratología.
- Mantenimiento rutinario de los materiales.
- Lentes pintadas artísticamente.
- Gastos incurridos mientras es elegible para cualquier programa de compensación laboral o ley o decreto de enfermedad ocupacional, ya sea que haya solicitado o no la cobertura.
- Servicios que cumplan con los siguientes requisitos:
 - Sean gratis o que no debería pagarlos si no tuviera este seguro, a menos que se reciban los cargos del gobierno de los EE. UU. o cualquiera de sus agencias y sean reembolsables, según lo exija la ley.
 - Proporcionados por, o pagaderos en virtud de, cualquier plan o ley a través de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare ni Medicaid).
 - Proporcionados por cualquier hospital/institución/agencia que pertenezca al gobierno de los EE. UU. o sea dirigida por el gobierno de los EE. UU. para cualquier servicio relacionado con enfermedades o lesiones corporales. • Cualquier pérdida causada por una guerra o cualquier acto bélico, ya sea declarado o no. cualquier acto de conflicto armado internacional; o cualquier conflicto que involucre a las fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional, o cualquier pérdida a la que hayan contribuido estos eventos.
- Si no acude a una cita.
- Cualquier hospital, centro quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anestesiólogo o anestesista.
- Medicamentos recetados o premedicaciones, ya sean dispensados o recetados.
- Cualquier servicio que determinemos no es necesario según criterio oftalmológico, no ofrezca un pronóstico favorable, no tenga un respaldo profesional uniforme o que se considere de naturaleza experimental o investigativa.
- Reemplazo de lentes o monturas de anteojos proporcionadas en virtud de este beneficio suplementario que se hayan perdido o roto, a menos que estén disponibles de otra manera conforme al beneficio suplementario.
- Cualquier examen o material requerido por un empleador como condición de empleo o gafas de seguridad.
- Tratamiento de patologías.



- Los copagos, coseguros y deducibles pagados por beneficios suplementarios no cuentan para la cantidad máxima de desembolso personal.
- Los beneficios se ofrecen en base al año calendario. Toda cantidad no utilizada al final del año vencerá.



Capítulo 5: Obtener sus medicamentos ambulatorios

Introducción

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

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

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

Reglas para la cobertura de medicamentos ambulatorios del plan

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

Debe tener un proveedor (médico, dentista u otro profesional que receta) que le emita una receta, que debe ser válida según la ley estatal aplicable. Esta persona suele ser su proveedor de cuidado primario (PCP, por su siglas en inglés). También podría ser otro proveedor si su PCP lo refirió para recibir cuidado.

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

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

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

- Si no está en la *Lista de Medicamentos*, podemos cubrirlo al otorgarle una excepción.
- Consulte el **Capítulo 9** para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.



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

Es posible que nuestro plan deba aprobar sus medicamentos según ciertos criterios antes de brindarle cobertura. (Consulte la **Sección C** de este capítulo).

Índice

A. Cómo surtir sus medicamentos recetados	123
A1. Cómo surtir su receta en una farmacia de la red	123
A2. Cómo utilizar su Tarjeta de Identificación de Afiliado al surtir una receta	123
A3. Qué hacer si cambia su farmacia de la red	123
A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red	124
A5. Cómo utilizar una farmacia especializada	124
A6. Cómo utilizar los servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos	124
A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos	126
A8. Cómo utilizar una farmacia que no está en la red del plan	127
A9. Cómo le reembolsamos el dinero de una receta	127
B. Lista de Medicamentos del plan	127
B1. Medicamentos en la <i>Lista de Medicamentos</i>	127
B2. Cómo encontrar un medicamento en la <i>Lista de Medicamentos</i>	128
B3. Medicamentos que no están en la <i>Lista de Medicamentos</i>	129
B4. Niveles de costos compartidos de la <i>Lista de Medicamentos</i>	130
C. Límites de algunos medicamentos	130
D. Razones por las que un medicamento podría no estar cubierto	132
D1. Cómo obtener un suministro temporal	132
D2. Cómo pedir un suministro temporal	134
D3. Cómo pedir una excepción	134
E. Cambios en la cobertura de los medicamentos	134
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales	137
F1. En un hospital o un centro de enfermería especializada para una estadía que cubre el plan	137



F2. En un centro de cuidados a largo plazo	137
F3. En un programa de cuidados de hospicio certificado por Medicare	137
G. Programas sobre seguridad y gestión de los medicamentos	138
G1. Programas para ayudar a los afiliados a tomar medicamentos de forma segura	138
G2. Programas para recibir ayuda sobre cómo administrar los medicamentos	138
G3. Programa de Administración de Medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés) para ayudar a los afiliados a tomar sus medicamentos opioides de forma segura	139

A. Cómo surtir sus medicamentos recetados

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

En la mayoría de los casos, pagamos las recetas solo cuando se surten en alguna de nuestras farmacias de la red. Una farmacia de la red es una farmacia que acepta surtir recetas para los afiliados de nuestro plan. Puede usar cualquiera de las farmacias de nuestra red. (Consulte la **Sección A8** para obtener información sobre cuándo cubrimos las recetas que se surten 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 Servicios para Afiliados o con su coordinador de cuidado.

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

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

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

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

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

A3. Qué hacer si cambia su farmacia de la red

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



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

A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red

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

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

A5. Cómo utilizar una farmacia especializada

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

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

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

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

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



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com](https://www.humana.com).

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

Surtir recetas por correo

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame a Servicios para Afiliados al 1-866-432-0001 (TTY: 711). El Servicio para Afiliados está disponible los 7 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. La llamada es gratuita.

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

Procesos de pedido por correo

El servicio de pedidos por correo tiene diferentes procedimientos para las recetas nuevas que obtiene de usted, las recetas nuevas que obtiene directamente del consultorio de su proveedor y las repeticiones de sus recetas por correo.

1. Medicamentos recetados nuevos que la farmacia recibe de usted

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

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

La farmacia surte y entrega de forma automática las recetas nuevas que obtiene de los proveedores de cuidado de la salud, sin consultar primero con usted si:

- ha utilizado servicios de pedido por correo con nuestro plan en el pasado, o
- usted se inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas que obtenga directamente de los proveedores de cuidado de la salud. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas ahora o en cualquier momento si se comunica con Servicios para Afiliados.

Si utilizó un pedido por correo en el pasado y no quiere que la farmacia surta y envíe automáticamente cada receta nueva, comuníquese con nosotros 14 días hábiles antes de que se agote su medicamento recetado actual.

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



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

Para optar por no recibir entregas automáticas de recetas nuevas que obtiene directamente del consultorio de su proveedor de cuidado de la salud, comuníquese con nosotros 14 días hábiles antes de que se agote su medicamento recetado actual.

3. Repeticiones de recetas por correo

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

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

Informe a la farmacia sobre las mejores formas de contactarlo para que puedan comunicarse con usted y confirmar su pedido antes de enviarlo. Puede llamar a Servicios para Afiliados al 1-866-432-0001 (TTY: 711). El Servicio para Afiliados está disponible los 7 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. La llamada es gratuita.

A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos

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

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

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



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

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

En general, pagamos los medicamentos que se surten en una farmacia fuera de la red solo en los casos en los que usted no puede usar una farmacia de la red. Disponemos de farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio, en las que usted puede surtir sus recetas como afiliado a nuestro plan. En estos casos, consulte primero con su coordinador de cuidado de la salud o Servicios para Afiliados a fin de averiguar si hay una farmacia de la red cerca.

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

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

A9. Cómo le reembolsamos el dinero de una receta

Si debe acudir a una farmacia fuera de la red, en general, tendrá que pagar el costo total en lugar de un copago cuando obtenga el medicamento recetado. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Es posible que tenga que pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

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

B. La Lista de Medicamentos de nuestro plan

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

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

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

B1. Medicamentos en nuestra *Lista de Medicamentos*

Nuestra *Lista de Medicamentos* incluye medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y algunos medicamentos y productos con receta o de venta sin receta (OTC) cubiertos por Healthy Connections de Medicaid.

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



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

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

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

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

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

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

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

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

- Comprobar la *Lista de Medicamentos* más reciente que le enviamos por correo.
- Visitar el sitio web del plan en **es-www.humana.com/PlanDocuments**. La *Lista de Medicamentos* de nuestro sitio web es siempre la más actualizada.
- Llame a su coordinador de cuidado o a Servicios para Afiliados con el fin de averiguar si un medicamento está en nuestra *Lista de Medicamentos* o para solicitar una copia de la lista.
- Usar nuestra “Herramienta de Beneficios en Tiempo Real”, disponible en **es-www.humana.com** para buscar medicamentos en la *Lista de Medicamentos*, obtener una estimación de su costo y saber si hay medicamentos alternativos para tratar la misma afección. También puede llamar a Servicios para Afiliados al 1-866-432-0001 (TTY: 711).



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

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

No cubrimos todos los medicamentos.

- Algunos medicamentos no están en la *Lista de Medicamentos* porque la ley no nos permite cubrirlos.
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en la *Lista de Medicamentos*.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no se encuentre en la *Lista de Medicamentos*. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 9**.

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

Estas son las tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

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

Además, por ley, Medicare o Healthy Connections de Medicaid no puede cubrir los tipos de medicamentos que se enumeran a continuación.

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



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

Cada medicamento de nuestra *Lista de Medicamentos* está en uno de 5 niveles. Un nivel es un grupo de medicamentos del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos u OTC). En general, cuanto mayor sea el nivel de costos compartidos, mayor será el costo del medicamento.

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

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

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

C. Límites de algunos medicamentos

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

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

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

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



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

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

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

- Por lo general, no pagamos por el medicamento de marca o producto biológico original cuando hay una versión genérica disponible.
- Sin embargo, cubrimos el medicamento de marca si su proveedor nos informó la razón médica por la que el medicamento genérico o biosimilar intercambiable no le funcionará; o si escribió “No existen sustitutos” en su receta para un medicamento de marca o producto biológico original; o si nos comentó la razón médica por la que el medicamento genérico, los biosimilares intercambiables u otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección no le funcionarán.
- El copago puede ser mayor para el medicamento de marca o el producto biológico original que para el medicamento genérico o biosimilar intercambiable.

2. Obtener la aprobación del plan por adelantado

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

3. Probar primero un medicamento diferente

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

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

4. Límites de cantidad

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



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

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

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

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

Hay cosas que puede hacer si no cubrimos un medicamento de la forma que desea que lo cubramos.

D1. Cómo obtener un suministro temporal

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

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

1. El medicamento que ha estado tomando:
 - ya no está en la *Lista de Medicamentos*, o
 - nunca estuvo en la *Lista de Medicamentos*, o
 - ahora está limitado de alguna manera.
2. Debe encontrarse en una de estas situaciones:
 - Cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
 - Este suministro temporal es de hasta 30 días.
 - Si la receta es para menos días, permitiremos que se repitan varias recetas para proporcionar hasta un máximo de 30 días de medicamento. Debe surtir la receta en una farmacia de la red.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

- Las farmacias de cuidado a largo plazo pueden suministrar el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar que se desperdicie.
- Es nuevo en nuestro plan.
 - Cubriremos un suministro temporal del medicamento **durante los primeros 90 días de su afiliación en el plan.**
 - Este suministro temporal es de hasta 30 días.
 - Si la receta es para menos días, permitiremos que se repitan varias recetas para proporcionar hasta un máximo de 30 días de medicamento. Debe surtir la receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de cuidado a largo plazo pueden suministrar el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar que se desperdicie.
- Es parte del plan hace más de 90 días, vive en un centro de cuidado a largo plazo y requiere un suministro inmediato.
 - Cubrimos un suministro de 31 días o menos, si así se indica en la receta. Esto es adicional al suministro temporal mencionado antes.
 - Suministro de transición para los afiliados actuales con cambios en el ajuste del tratamiento
 - A lo largo del año del plan, es posible que cambie su entorno de tratamiento debido al nivel de cuidado que necesite. Estas transiciones incluyen lo siguiente:
 - Los afiliados que son dados de alta de un hospital o centro de enfermería especializada y regresan a su hogar.
 - Los afiliados que son admitidos en un hospital o centro de enfermería especializada desde su hogar.
 - Los afiliados que se transfieren de un centro de enfermería especializada a otro y reciben servicios por una farmacia diferente.
 - Los afiliados que finalizan su estadía en el centro de enfermería especializada cubierta por la Parte A de Medicare (donde los pagos incluyen todos los cargos de farmacia) y que ahora necesitan usar su beneficio del plan de la Parte D.
 - Los afiliados que renuncian al estado de hospicio y vuelven a la cobertura estándar de las Partes A y B de Medicare.
 - Afiliados dados de alta de hospitales psiquiátricos crónicos en programas de medicamentos muy personalizados.
 - Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicios para Afiliados al 1-866-432-0001 (TTY: 711). El Servicio para Afiliados está disponible los 7 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. La llamada es gratuita.



D2. Cómo pedir un suministro temporal

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

Cuando reciba un suministro temporal de un medicamento, hable con su proveedor lo antes posible para decidir qué hacer cuando se termine su suministro. Estas son sus opciones:

- Cambie a otro medicamento.

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

O BIEN

- Pida una excepción.

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

D3. Cómo pedir una excepción

Si el medicamento que toma ya no formará parte de nuestra *Lista de Medicamentos* o se limitará de alguna manera el próximo año, puede solicitar una excepción antes del próximo año.

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

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

Si necesita ayuda con el fin de solicitar una excepción, comuníquese con Servicios para Afiliados o con su coordinador de cuidado.

E. Cambios en la cobertura de los medicamentos

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

- Decidir exigir o no la aprobación previa (PA, por sus siglas en inglés) de un medicamento (nuestro permiso para obtener un medicamento).



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

- Agregar o cambiar la cantidad que puede obtener de un medicamento (límites de cantidad).
- Agregar o cambiar las restricciones de la terapia por fases en un medicamento (debe probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).
- Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable.

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

Si toma un medicamento que cubríamos al **principio** del año, por lo general, no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, a menos que suceda lo siguiente:

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Eliminar los medicamentos inseguros y otros que se retiran del mercado. En algunas ocasiones, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por alguna otra razón. Si esto sucede, podemos retirarlo inmediatamente de la *Lista de Medicamentos*. Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso después de hacer el cambio. Si implementamos algún cambio en cualquiera de los medicamentos que toma, comuníquese con el profesional que receta para analizar las opciones que mejor se adapten a su caso, incluido el cambio a un medicamento diferente para tratar su afección o la solicitud de una decisión de cobertura para satisfacer cualquier restricción nueva sobre el medicamento que toma. Tanto usted como el profesional que receta pueden pedirnos una excepción para que sigamos cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

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

Cuando se producen estos cambios:

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

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

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

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

Es posible que hagamos cambios en los medicamentos que toma que no se describieron anteriormente y que no le afecten ahora. Para tales cambios, si está tomando un medicamento que cubrimos al **principio** del año, en general, no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

Por ejemplo, si eliminamos un medicamento que está tomando o aumentamos lo que paga por el medicamento, o limitamos su uso, entonces, el cambio no afecta su uso del medicamento o lo que paga por este para el resto del año.

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

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



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

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

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

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que debe pagar, consulte el **Capítulo 6** de este *Manual para Afiliados*.

F2. En un centro de cuidados a largo plazo

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

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

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

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

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

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

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



G. Programas sobre seguridad y gestión de los medicamentos

G1. Programas para ayudarle a consumir medicamentos de forma segura

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

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

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

G2. Programas para recibir ayuda sobre cómo administrar los medicamentos

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

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

Luego, recibirá lo siguiente:

- Un resumen escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que recomienda lo que puede hacer para tomar los medicamentos de manera correcta.
- Recibirá una lista personal de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que usa, la cantidad, la frecuencia y por qué lo hace.
- Información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com](https://www.humana.com).

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

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

Los programas de MTM son voluntarios y gratuitos para los afiliados que cumplen con los requisitos. Si tenemos un programa que se ajusta a sus necesidades, lo afiliaremos al programa y le enviaremos información. Si no quiere estar en el programa, háganoslo saber y lo sacaremos de él.

Si tiene preguntas sobre estos programas, comuníquese con Servicios para Afiliados o con su coordinador de cuidado.

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

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

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

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

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

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



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

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

- tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer o anemia drepanocítica
- está recibiendo cuidados de hospicio, paliativos o al final de la vida, **o bien**
- vive en un centro de cuidados a largo plazo.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos Medicare y Healthy Connections de Medicaid

Introducción

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

- Medicamentos de la Parte D de Medicare **y**
- Medicamentos y artículos cubiertos por Healthy Connections de Medicaid, **y**
- Medicamentos y artículos cubiertos por nuestro plan, como beneficios adicionales.

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

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

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

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

- *La Lista de Medicamentos cubiertos.*
 - La llamamos la *Lista de Medicamentos*. Le indica:
 - Qué medicamentos pagamos
 - En cuál de los cinco niveles se encuentra cada medicamento
 - Si hay algún límite en los medicamentos
 - Si necesita una copia de la *Lista de Medicamentos*, llame a Servicios para Afiliados. También puede encontrar la copia más reciente de la *Lista de Medicamentos* en el sitio web **es-www.humana.com/PlanDocuments**.
- **Capítulo 5** de este *Manual para Afiliados*.
 - Indica cómo obtener medicamentos para los pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.
 - Incluye las reglas que debe seguir. También indica qué tipos de medicamentos no cubre nuestro plan.



- Cuando utiliza la “Herramienta de Beneficios en Tiempo Real” del plan para buscar cobertura de medicamentos (consulte el **Capítulo 5, Sección B2**), el costo mostrado es una estimación de los gastos de desembolso personal que se espera que pague. Puede llamar a su coordinador de cuidados o a Servicios para Afiliados para obtener más información.
- El *Directorio de Proveedores y Farmacias*:
 - En la mayoría de los casos, debe utilizar una farmacia de la red para obtener los medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que aceptan trabajar con nosotros.
 - El *Directorio de Proveedores y Farmacias* enumera nuestras farmacias de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener más información sobre las farmacias de la red.

Índice

A. SmartSummary 142

B. Cómo hacer un seguimiento de los costos de los medicamentos 143

C. Etapas de Pago de Medicamentos para los medicamentos de la Parte D de Medicare. 145

 C1. Nuestro plan tiene cinco niveles de costos compartidos. 145

 C2. Sus opciones de farmacia 145

 C3. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento 146

 C4. Lo que usted paga 146

D. Etapa 1: Etapa de Cobertura Inicial 148

 D1. Sus opciones de farmacia. 148

 D2. Cómo obtener el suministro a largo plazo de un medicamento 149

 D3. Lo que usted paga 149

 D4. Finalización de la Etapa de Cobertura Inicial 151

E. Etapa 2: Etapa de cobertura catastrófica 152

F. El costo de sus medicamentos si su médico prescribe menos de un mes completo de suministro ... 152

G. Lo que paga por las vacunas de la Parte D. 153

 G1. Lo que necesita saber antes de recibir una vacuna 153

 G2. Lo que usted paga por una vacuna cubierta por la Parte D de Medicare. 153

A. SmartSummary

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



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

- Los **gastos de desembolso personal**. Esta es la cantidad de dinero que usted, u otros en su nombre, pagan por las recetas. Esto incluye lo que pagó al recibir un medicamento cubierto por la Parte D, los pagos realizados por familiares o amigos, y los pagos hechos mediante la Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, Indian Health Service, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés).
- Los **costos totales de medicamentos**. Este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos por la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan y lo que pagaron otros programas u organizaciones por sus medicamentos cubiertos por la Parte D.

Cuando obtiene medicamentos a través de nuestro plan, le enviamos un resumen llamado Explicación de Beneficios (EOB). Lo llamamos *SmartSummary*, para abreviar. El *SmartSummary* no es una factura. El *SmartSummary* tiene más información sobre los medicamentos que toma, como aumentos en el precio y otros medicamentos con costos compartidos más bajos que pueden estar disponibles. Puede hablar con su profesional que receta sobre estas opciones de menor costo. En el *SmartSummary* se incluye:

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

Ofrecemos cobertura de medicamentos no cubiertos por Medicare

- Los pagos hechos por estos medicamentos no cuentan para los costos totales de desembolso personal.
- Para averiguar qué medicamentos cubre el plan, consulte la *Lista de Medicamentos*. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados y de venta sin receta están cubiertos por Healthy Connections de Medicaid. Estos medicamentos están incluidos en la *Lista de Medicamentos*.

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

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

1. Utilice la Tarjeta de Identificación del Afiliado.

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



2. Asegúrese de que tenemos la información que necesitamos.

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

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

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utiliza una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios del plan.
- Cuando haya realizado un copago por medicamentos que obtuvo a través de un programa de asistencia para pacientes de un fabricante de medicamentos.
- Cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red.
- Cuando paga el precio completo de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.

A fin de obtener más información sobre cómo solicitar el reembolso de nuestra parte del costo del medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Afiliados*.

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

Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también forman parte de sus gastos de desembolso personal. Por ejemplo, el Indian Health Service y la mayoría de las organizaciones benéficas forman parte de sus gastos de desembolso personal. Esto puede ayudarle a ser elegible para cobertura en caso de catástrofe. Cuando llegue a la etapa de cobertura catastrófica, el plan paga todos los costos de los medicamentos de la Parte D de Medicare durante el resto del año.

4. Revise el *SmartSummary* que le enviamos.

Cuando reciba un *SmartSummary* por correo, asegúrese de que está completo y sea correcto.

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

¿Qué pasa si encuentra errores en este resumen?

Si algo es confuso o no parece correcto en este *SmartSummary*, llámenos a Servicios para Afiliados de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP).

¿Qué pasa con un posible fraude?

Si en este resumen se muestran medicamentos que no está tomando o cualquier otra cosa que le parezca sospechosa, llámenos.

- Llámenos a Servicios para Afiliados de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP).
- O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita.

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



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

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

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

Etapas de Cobertura Inicial	Etapas de Cobertura Catastrófica
Durante esta etapa, pagamos parte de los costos de los medicamentos y usted paga su parte. Su parte se denomina copago. Comienza en esta etapa cuando surte la primera receta del año.	Durante esta etapa, pagamos todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2026. Comienza esta etapa cuando ha pagado una cierta cantidad de gastos de desembolso personal.

C1. Nuestro plan tiene cinco niveles de costos compartidos

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

- Nivel 1 de costos compartidos; genérico preferido: medicamentos de marca o genéricos que están disponibles con los costos compartidos más bajos para este plan. El copago es de **\$0 a \$30**, según sus ingresos.
- Nivel 2 de costos compartidos; genérico: Medicamentos genéricos o de marca que nuestro plan ofrece a un costo más alto para usted que los Medicamentos Genéricos Preferidos del Nivel 1. El copago es de **\$0 a \$60**, según sus ingresos
- Nivel 3 de costos compartidos; de marca preferida: Medicamentos genéricos o de marca que nuestro plan ofrece a un costo más bajo para usted que los Medicamentos no preferidos del Nivel 4. El coseguro es de **\$0 a un 25%**, según sus ingresos
- Nivel 4 de costos compartidos; medicamentos no preferidos: Medicamentos genéricos o de marca que nuestro plan ofrece a un costo más alto para usted que los Medicamentos de Marca Preferidos del Nivel 3. El coseguro es de **\$0 a un 25%**, según sus ingresos
- Nivel 5 de costos compartidos; nivel de especialidad: algunos inyectables y otros medicamentos de alto costo. El coseguro es de **\$0 a un 25%**, según sus ingresos

C2. Sus opciones de farmacia

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

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



- La farmacia de pedidos por correo del plan.

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

C3. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

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

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

C4. Lo que usted paga

Puede pagar un copago cuando surta una receta. Si los medicamentos cubiertos cuestan menos que el copago, paga el precio más bajo.

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

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

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

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

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



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es-www.humana.com.

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



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

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

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

D. Etapa 1: Etapa de Cobertura Inicial

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

Los niveles de costos compartidos son grupos de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento de nuestra *Lista de Medicamentos* se encuentra en uno de los 6 niveles de costos compartidos. En general, cuanto mayor sea el número de nivel, mayor será el copago. Para encontrar los niveles de costos compartidos de sus medicamentos, consulte nuestra *Lista de Medicamentos*.

- Nivel 1 de costos compartidos; genérico preferido: Medicamentos genéricos o de marca que están disponibles con la cuota de costos compartidos más baja para este plan. El copago es de **\$0 a \$30**, según sus ingresos
- Nivel 2 de costos compartidos; genérico: Medicamentos genéricos o de marca que nuestro plan ofrece a un costo más alto para usted que los Medicamentos Genéricos Preferidos del Nivel 1. El copago es de **\$0 a \$60**, según sus ingresos
- Nivel 3 de costos compartidos; de marca preferida: Medicamentos genéricos o de marca que nuestro plan ofrece a un costo más bajo para usted que los Medicamentos no preferidos del Nivel 4. El coseguro es de **\$0 a un 25%**, según sus ingresos
- Nivel 4 de costos compartidos; medicamentos no preferidos: Medicamentos genéricos o de marca que nuestro plan ofrece a un costo más alto para usted que los Medicamentos de Marca Preferidos del Nivel 3. El coseguro es de **\$0 a un 25%**, según sus ingresos
- Nivel 5 de costos compartidos; nivel de especialidad: algunos inyectables y otros medicamentos de alto costo. El coseguro es de **\$0 a un 25%**, según sus ingresos

D1. Sus opciones de farmacia

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

- Una farmacia minorista de la red **o**
- Una farmacia minorista de la red que ofrece una distribución con costos compartidos preferidos. Los costos pueden ser inferiores en las farmacias que ofrecen costos compartidos preferidos.
- una farmacia fuera de la red. En casos limitados, cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Afiliados* con el fin de saber cuándo lo hacemos.
- La farmacia de pedidos por correo del plan.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

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

D2. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

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

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

D3. Lo que usted paga

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

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

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

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

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

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



	Una farmacia de la red Un suministro de un mes o de hasta 100 días	El servicio de pedidos por correo de nuestro plan Un suministro de un mes o de hasta 100 días	Una farmacia de la red de cuidado a largo plazo Suministro de hasta 31 días	Una farmacia fuera de la red* Suministro de hasta 30 días La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 de este <i>Manual para Afiliados</i> con el fin de obtener más información.
Nivel 1 de los costos compartidos Medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$0	Copago de \$0 o \$10	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2 de los costos compartidos Medicamentos genéricos	Copago de \$0	Copago de \$0 o \$20	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 3 de los costos compartidos Medicamentos de marca preferidos	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 4 de los costos compartidos Medicamentos no preferidos	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 5 de los costos compartidos Medicamentos de nivel de especialidad	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro

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



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

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

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

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

D4. Finalización de la Etapa de Cobertura Inicial

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

Su *SmartSummary* lo ayuda a realizar un seguimiento de cuánto ha pagado por sus medicamentos durante el año. Le informaremos si alcanza el límite de \$2,100. Muchas personas no lo alcanzan en un año.



E. Etapa 2: La Etapa de Cobertura Catastrófica [Los planes con una etapa de cobertura deben suprimir esta sección]

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

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

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

- Puede haber ocasiones en las que desee preguntarle a su médico si puede prescribirle un suministro de un medicamento por menos de un mes (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez).
- Si su médico está de acuerdo, usted no paga el suministro del mes completo para ciertos medicamentos.

Cuando obtiene menos de un mes de suministro de un medicamento, el monto que paga se basa en la cantidad de días de medicamento que recibe. Calculamos el monto que paga por día del medicamento (la tarifa diaria de costos compartidos) y lo multiplicamos por la cantidad de días de suministro que recibe.

- A continuación, se presenta un ejemplo: Supongamos que el copago de su medicamento para un suministro de un mes completo (un suministro de 30 días) es de \$1.35. Esto significa que la cantidad que usted paga por su medicamento es inferior a \$0.05 por día. Si usted recibe un suministro de 7 días del medicamento, su pago es menos de \$.05 por día multiplicado por 7 días, lo cual da como resultado un pago total inferior a \$0.35.
- Los costos compartidos diarios le permiten asegurarse de que un medicamento sea bueno para usted antes de pagar el suministro de un mes completo.
- También puede pedirle a su proveedor que le recete menos de un mes completo de un suministro de algún medicamento para ayudarle a hacer lo siguiente:
 - planificar mejor cuándo repetir sus medicamentos;
 - coordinar las repeticiones con otros medicamentos que tome; y
 - haga menos viajes a la farmacia.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

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

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

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

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

G1. Lo que necesita saber antes de vacunarse

Le recomendamos que llame a Servicios para Afiliados si tiene previsto vacunarse.

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

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

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

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

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

1. Usted recibe la vacuna de la Parte D de Medicare y se la colocan en una farmacia de la red.
 - Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada.
 - Para otras vacunas de la Parte D, usted paga un copago por la vacuna.



2. Usted recibe la vacuna de la Parte D de Medicare en el consultorio de su médico, y su médico le administra la vacuna.
 - Le paga un copago al médico por la vacuna.
 - Nuestro plan paga el costo de vacunarse.
 - El consultorio médico debería llamar a nuestro plan en esta situación para que podamos asegurarnos de que sepan que solo tiene que pagar un copago por la vacuna.
3. Obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare en una farmacia y la lleva al consultorio médico para colocársela.
 - Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada por la vacuna.
 - Para otras vacunas de la Parte D, usted paga un copago por la vacuna.
 - El plan paga el costo de darle la inyección.



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

Introducción

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

Índice

A. Solicitarnos que paguemos por sus servicios o medicamentos.....	155
B. Enviarnos una solicitud de pago	158
C. Decisiones de cobertura.....	158
D. Apelaciones.....	159

A. Solicitarnos el pago de sus servicios o medicamentos

Nuestros proveedores de la red deben facturar al plan sus servicios y medicamentos cubiertos después de que los reciba. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

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

Si recibe una factura por el costo total del cuidado de la salud o los medicamentos, no pague la factura y envíenosla. 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 más de su parte del costo de la factura, tiene el derecho a un reembolso.
 - Si pagó por servicios cubiertos por Medicare, le devolveremos el dinero.
 - Si usted pagó por los servicios cubiertos por Healthy Connections de Medicaid, no podemos pagarle, pero el proveedor lo hará. Servicios para Afiliados o su coordinador de cuidado y/o mediador, si corresponde, pueden ayudarle a comunicarse con el consultorio del proveedor. Consulte la parte inferior de la página para ver el número de teléfono de Servicios para Afiliados.
- Si no cubrimos los servicios o medicamentos, le avisaremos.

Comuníquese con Servicios para Afiliados o su coordinador de cuidado si tiene alguna pregunta. Si no sabe lo que debería haber pagado, o si recibe una factura y no sabe qué hacer al respecto, podemos brindarle ayuda. También nos puede llamar para darnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos envió.



Entre los ejemplos de situaciones en las que es posible que deba pedirnos que le emitamos un reembolso o que paguemos una factura que recibió se incluyen los siguientes:

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

Pídale al proveedor que nos facture.

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

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

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

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

3. Si su afiliación al plan es retroactiva

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

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

4. Cuando usa una farmacia fuera de la red para surtir un medicamento recetado

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

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



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

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

5. Cuando paga el costo total de una receta de la Parte D de Medicare porque no tiene su Tarjeta de Identificación del Afiliado

Si no tiene su tarjeta de identificación del afiliado con usted, puede pedirle a la farmacia que nos llame o que busque la información de su afiliación.

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

6. Cuando paga el costo total de la receta de la Parte D de Medicare por un medicamento que no está cubierto

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

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

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

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



B. Enviarnos una solicitud de pago

Envíenos su factura y comprobante de cualquier pago que haya hecho por los servicios de Medicare o llámenos. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo del proveedor. Se recomienda hacer una copia de sus facturas y recibos para sus registros. Puede pedirle ayuda a su coordinador de cuidados. Debe enviarnos su información dentro de los 365 días para la Parte C (Servicios médicos y dentales) y los 36 meses para la Parte D (Medicamentos recetados) a partir de la fecha en que recibió el servicio, el artículo o el medicamento.

Para asegurarse de que nos proporciona toda la información necesaria para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamos para solicitar el pago.

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

Envíe su solicitud de pago junto con las facturas o los recibos a la siguiente dirección:

Humana Claims
PO Box 14601
Lexington, KY 40512-4601
-O BIEN-
Envíe un fax al 888-599-2730

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 debe pagar.

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

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

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



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

D. Apelaciones

Si cree que cometimos un error cuando rechazamos su solicitud de pago, puede pedirnos que cambiemos de decisión. Esto se denomina “presentar una apelación”. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la cantidad que pagamos.

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

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



Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

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

Índice

A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades	160
B. Nuestra responsabilidad de brindarle acceso de manera oportuna a los servicios y medicamentos cubiertos	162
C. Nuestra responsabilidad de proteger la información personal sobre su salud (PHI, por sus siglas en inglés)	163
C1. Cómo protegemos su PHI	163
C2. Su derecho a consultar su expediente médico	163
D. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información	169
E. Incapacidad de los proveedores de la red para facturarle directamente	170
F. Su derecho a abandonar el plan	170
G. Su derecho a tomar decisiones sobre su cuidado de la salud	170
G1. Su derecho a conocer las opciones de tratamiento y tomar decisiones	170
G2. Su derecho a decir lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por su cuenta	171
G3. ¿Qué hacer si no se siguen sus instrucciones?	172
H. Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones	172
H1. Qué hacer con respecto al trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos . . .	172
I. Sus responsabilidades como afiliado del plan	173

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

Debemos asegurarnos de que **todos** los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se le proporcionen de una manera culturalmente competente y asequible, incluidos para aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, incapacidad auditiva, o aquellos con diversos antecedentes culturales y étnicos. También debemos informarle sobre los beneficios 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.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

- Para obtener información de una manera que usted pueda entender, llame a su coordinador de cuidado o a los Servicios para Afiliados. El plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas en distintos idiomas. Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en otros idiomas que no sean el inglés, incluido el español, y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para Afiliados al 1-866-432-0001 (TTY: 711) o escriba a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) en P.O. Box 14601, Lexington, KY 40512-4601. El Servicio para Afiliados está disponible los 7 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.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en otros idiomas que no sean el inglés, incluido el español, y en formatos como letra grande, braille o audio. 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 el formato alternativo para futuros envíos y comunicaciones. No tendrá que realizar una solicitud independiente cada vez.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas de idioma o discapacidad y desea presentar una queja formal, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Healthy Connections de Medicaid al (855) 882-3901, de 8 a.m. a 6 p.m., de lunes a viernes, hora del este.
- La Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

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

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

- Para obtener información en una forma que pueda comprender, llame a su coordinador de cuidado o a Servicios para Afiliados. El plan cuenta con servicios gratuitos de intérpretes disponibles para responder preguntas en diferentes idiomas. Nuestro plan también puede proporcionarle sus materiales en otros idiomas además del español, como el inglés, y en formatos tales como letra grande, Braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para Afiliados al 1-866-432-0001 (TTY: 711). Los servicios para Afiliados están disponibles los 7 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 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local.



- El plan también puede proporcionarle sus materiales en otros idiomas, además de español, y en formatos tales como letra grande, Braille o audio. Existen materiales en español disponibles a solicitud. Puede hacer un pedido permanente para recibir los materiales, ahora y en el futuro, en un idioma que no sea inglés. Conservaremos su idioma preferido que no sea inglés y/o un formato alternativo para futuras comunicaciones y correspondencia. No tendrá que hacer una solicitud por separado cada vez.

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

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Healthy Connections de Medicaid al (855) 882-3901 de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., hora del este.
- La Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

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

Como afiliado del plan tiene derechos.

- Tiene derecho a elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) en la red. Un proveedor de red es un proveedor que trabaja con nosotros. Puede encontrar más información sobre qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP y cómo elegir un PCP en el **Capítulo 3** de este *Manual para Afiliados*.
 - Comuníquese con su coordinador de cuidado o con los Servicios para Afiliados o vea el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para obtener más información sobre los proveedores de la red y qué médicos están aceptando pacientes nuevos.
- Tiene derecho a acudir a un especialista en salud de la mujer sin obtener un referido. **No** requerimos que obtenga referidos.
- Tiene derecho a obtener servicios cubiertos de proveedores de la red dentro de un plazo razonable.
 - Esto incluye el derecho a recibir servicios de especialistas de manera oportuna.
 - Si no puede obtener servicios dentro de un tiempo razonable, debemos pagar por el cuidado fuera de la red.
- Usted tiene derecho a recibir servicios de emergencia o cuidado que se necesite urgentemente sin aprobación previa (PA).
- Tiene derecho a hacer surtir sus recetas en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin largas demoras.
- Tiene derecho a saber cuándo puede utilizar 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*.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

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

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

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

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

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

C1. Cómo protegemos su PHI

Garantizamos que las personas no autorizadas no puedan ver ni cambiar sus registros.

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

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

- Debemos divulgar PHI a las agencias gubernamentales que comprueben la calidad del cuidado de nuestro plan.
- Debemos divulgar la PHI por orden judicial.
- Debemos darle a Medicare y a Healthy Connections de Medicaid su PHI, incluida la información sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Si Medicare y/o Healthy Connections de Medicaid libera su PHI para investigación u otros usos, lo hacen de acuerdo con las leyes federales.

C2. Su derecho a consultar su expediente médico

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su PHI, llame a Servicios para Afiliados.



Seguro ACE

Aviso sobre Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN QUE SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED, Y LA FORMA EN QUE USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETALLADAMENTE.

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

Este Aviso sobre Prácticas de Privacidad se aplica a todas las entidades que forman parte del Seguro ACE, una Entidad Afiliada Cubierta conforme a la Ley HIPAA. El ACE es un grupo de entidades cubiertas legalmente separadas que están afiliadas y se han designado a sí mismas como una única entidad cubierta a los fines de la Ley HIPAA. Para ver una lista completa de los afiliados de ACE, visite <https://humana/insuranceace>.

Podemos cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, según lo permita la ley, incluida la información que hayamos creado o recibido antes de realizar los cambios. Cuando realicemos un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, modificaremos este aviso y enviaremos a los afiliados de nuestros planes de salud el aviso correspondiente.

¿Qué es la información personal o de salud privada?

La información personal o de salud no pública incluye tanto información médica como información personal, como su nombre, dirección, número de teléfono, número de Seguridad Social, números de cuenta, información sobre pagos o información demográfica. El término “información” en este aviso incluye cualquier información personal y de salud sea privada. Esto incluye información creada o recibida por un proveedor de cuidado de la salud o plan de salud. La información se relaciona con su salud o afección física o mental, la prestación de cuidado de la salud o el pago por dicho cuidado.

¿Cómo recopilamos información sobre usted?

Recopilamos información sobre usted y su familia cuando completa solicitudes y formularios. También recopilamos información de sus transacciones con nosotros, con nuestros afiliados y con otros. Por ejemplo, es posible que recibamos información sobre usted de participantes del sistema del cuidado de la salud, como su médico u hospital, así como de empleadores o administradores de planes, agencias de información de crédito y del Medical Information Bureau (Agencia de Información Médica).

¿Qué información recibimos sobre usted?

La información que recibimos puede incluir datos como su nombre, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de Seguridad Social, historial de pagos de primas y su actividad en nuestro sitio web. Esto también incluye información relacionada con su plan de beneficios médicos, sus beneficios de salud y sus evaluaciones de riesgos de salud.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com](https://www.humana.com).

¿Cómo protegemos su información?

Tenemos la responsabilidad de proteger la privacidad de su información en todos los formatos, incluida la información electrónica y oral. Contamos con procedimientos administrativos, técnicos y físicos para proteger su información de diversas formas, entre las que se incluyen:

- Limitamos el acceso de quiénes pueden ver su información.
- Limitamos la forma en que usamos o divulgamos su información.
- Le informamos acerca de nuestras obligaciones legales con respecto a su información.
- Capacitar a nuestros empleados en nuestro programa y procedimientos de privacidad

¿Cómo usamos y divulgamos su información?

Usamos y divulgamos su información:

- A usted o a cualquier persona que tenga derecho legal para actuar en su nombre.
- Al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Tenemos derecho a usar y divulgar su información:

- A un médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud para que usted pueda recibir cuidado médico.
- Para las actividades de pago, incluidos el pago de las reclamaciones de servicios cubiertos que le proporcionaron los proveedores de cuidado de la salud y el pago de las primas del plan de salud.
- Para las actividades operativas de cuidado de la salud, lo que incluye procesar su afiliación, responder a sus preguntas, coordinar su cuidado, mejorar la calidad y determinar primas.
- Podemos divulgar su información para realizar actividades de evaluación de riesgo. Sin embargo, no utilizaremos ningún resultado de pruebas genéticas ni formularemos preguntas en relación con el historial familiar.
- Al patrocinador de su plan para permitirle realizar funciones de administración del plan, como elegibilidad y actividades de afiliación y desafiliación. En ciertas situaciones, podemos compartir con el patrocinador de su plan información de salud resumida sobre usted. Por ejemplo, para permitir que el patrocinador de su plan obtenga ofertas de otros planes de salud. Su información de salud detallada no se compartirá con el patrocinador de su plan. Le solicitaremos su autorización o el patrocinador de su plan deberá confirmar que acepta conservar la privacidad de su información.
- Para comunicarnos con usted y brindar información sobre los beneficios y servicios relacionados con la salud, recordatorios de citas o alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés. Si usted optó por no recibir este tipo de información, no nos comunicaremos con usted.
- A sus familiares y amigos si no puede comunicarse, como en un caso de emergencia.
- A sus familiares y amigos, o a cualquier otra persona que usted indique. Esto se aplica si la información es directamente relevante en la participación de ellos en su cuidado de la salud o el pago de ese cuidado. Por ejemplo, si un miembro de la familia o un cuidador nos llama con conocimientos previos acerca de una reclamación, podemos confirmar si la reclamación se recibió y se pagó.



- Con el fin de proveer información de pago al suscriptor para sustentación ante Internal Revenue Service.
- A las agencias de salud pública si consideramos que existe una grave amenaza para la salud o seguridad.
- A las autoridades pertinentes cuando haya dificultades de abuso, negligencia o violencia familiar.
- En respuesta a una orden administrativa o de un tribunal, citación, solicitud de hallazgos u otros procesos legales.
- Con fines de aplicación de la ley, a las autoridades militares y según sea exigido de cualquier otra forma por la ley.
- Para ayudar con los esfuerzos de ayuda en caso de desastres.
- Para los programas de cumplimiento y actividades de supervisión de salud.
- Para cumplir nuestras obligaciones bajo contrato o en virtud de la ley del programa de compensación laboral.
- Para evitar una grave e inminente amenaza a su salud o seguridad, o para la salud o seguridad de otras personas.
- Con fines de investigación en circunstancias limitadas y siempre que se hayan tomado las medidas apropiadas para proteger su privacidad.
- Para la obtención, remisión al banco de órganos o trasplante de órganos, ojos o tejido.
- A un médico forense, examinador médico o director funerario.

Restricción adicional sobre el uso y la divulgación de tipos específicos de información:

- Algunas leyes federales y estatales pueden restringir el uso y la divulgación de determinada información médica confidencial, como la siguiente información: trastorno por consumo de sustancias; información biométrica; abuso o negligencia de menores o de adultos, incluida la agresión sexual; enfermedades contagiosas; información genética; VIH/SIDA; salud mental; salud reproductiva y enfermedades de transmisión sexual.
- Información sobre la salud reproductiva: no usaremos ni divulgaremos información para llevar a cabo una investigación sobre la identificación de ninguna persona (o sobre el intento de imponer responsabilidad contra ninguna persona) por el acto de buscar, obtener, proporcionar o facilitar el cuidado legal de la salud reproductiva. En respuesta a una solicitud de información de una agencia gubernamental (u otra persona) que podría estar relacionada con el cuidado de la salud reproductiva, la persona que realiza la solicitud debe proporcionar una declaración firmada de que el propósito de la solicitud no infringe la prohibición de divulgar información de cuidado de la salud reproductiva.

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

No utilizaremos ni divulgaremos su información por ninguna razón que no se haya descrito en este aviso sin su permiso por escrito. Usted puede cancelar su permiso en cualquier momento si nos lo notifica por escrito.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

Los siguientes usos y divulgaciones requerirán su permiso por escrito:

- La mayoría de los usos y las divulgaciones de las notas de psicoterapia
- Propósitos de mercadeo
- Venta de información personal y de salud

¿Qué hacemos con su información cuando usted deja de ser afiliado?

Su información podrá seguirse usando para los fines descritos en este aviso. Esto incluye cuando usted no obtiene cobertura a través de nosotros. Después del período de retención legal obligatorio, la información se destruye siguiendo procedimientos estrictos para mantener la confidencialidad.

¿Cuáles son mis derechos con respecto a mi información?

Tenemos el compromiso de responder a su solicitud sobre sus derechos de manera oportuna

- Acceso: tiene derecho a revisar y obtener una copia de su información que puede utilizarse para tomar decisiones relacionadas con usted. También puede recibir un resumen de esta información de salud. Conforme a la legislación vigente, pondremos esta información personal a su disposición o a la de su representante designado.
- Decisión adversa sobre la evaluación de riesgo: si rechazamos su solicitud de seguro, tiene derecho a recibir un motivo para la denegación.
- Comunicaciones alternativas: para evitar una situación que ponga en riesgo la vida, usted tiene derecho a recibir su información de una manera diferente o en un lugar diferente. Acomodaremos su solicitud si es razonable.
- Enmienda: usted tiene derecho a solicitar la corrección de cualquier parte de esta información personal mediante enmienda o eliminación. En un plazo de 60 días hábiles a partir de la recepción de su solicitud por escrito, le notificaremos nuestra enmienda o eliminación de la información en disputa, o de nuestra negativa a realizar tal corrección después de más investigaciones.
- Si nos negamos a enmendar o eliminar la información en disputa, usted tiene derecho a enviarnos una declaración por escrito de los motivos de su desacuerdo con nuestra evaluación de la información en disputa y lo que usted considera como la información correcta. Pondremos dicha declaración a disposición de todas las partes que revisen la información en disputa.*
- Divulgación: usted tiene derecho a recibir una lista de casos en los que nosotros o nuestros socios comerciales hayamos divulgado su información. Esto no se aplica a tratamientos, pagos, actividades operativas del plan de salud y otras actividades determinadas. Mantenemos esta información y la ponemos a su disposición durante un período de seis años. Si solicita esta lista más de una vez en un período de 12 meses, puede que le cobremos un cargo razonable según los costos.
- Aviso: Tiene derecho a solicitar y recibir una copia por escrito de este aviso en cualquier momento que la solicite.
- Restricción: tiene derecho a solicitar que se limite la manera en que se utiliza o divulga su información. No estamos obligados a aceptar esta limitación, pero si lo hacemos acataremos nuestro acuerdo. Usted también tiene derecho a aceptar o poner término a una limitación previamente presentada.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

Si creo que se ha violado mi privacidad, ¿qué debo hacer?

Si cree que se ha violado su privacidad, puede presentarnos una queja si nos llama al 866-861-2762 en cualquier momento.

También puede presentar una queja por escrito a la Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Le suministraremos la dirección regional de la OCR que corresponda, si así lo solicita. También puede enviar su queja por correo electrónico a **OCRComplaint@hhs.gov**. Si decide presentar una queja, sus beneficios no se verán afectados y no aplicaremos sanciones ni tomaremos represalias en su contra en ningún caso.

Respaldamos su derecho a proteger la privacidad de su información personal y de salud.

Nuestras Responsabilidades

- La ley nos exige mantener la privacidad y la seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso y proporcionarle una copia de dicho aviso.
- No utilizaremos ni compartiremos su información excepto según se describe aquí, a menos que usted nos informe por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

¿Cómo ejerzo mis derechos o cómo obtengo una copia de este aviso?

Puede ejercer todos sus derechos de privacidad obteniendo los formularios aplicables. Para obtener estos formularios:

- Comuníquese con nosotros al 866-861-2762
- Acceda a nuestro sitio web en **es-www.humana.com** y vaya al enlace Privacy Practices (Prácticas de Privacidad)
- Envíe el formulario de solicitud completado a:

Humana Inc.
Privacy Office 003/10911
101 E. Main Street
Louisville, KY 40202

* Este derecho solo se aplica a los residentes de Massachusetts de acuerdo con las regulaciones estatales.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

D. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información

Como afiliado del plan, tiene derecho a obtener información sobre el plan, nuestros proveedores de la red y los servicios cubiertos.

Si no habla inglés, tenemos servicios de intérpretes para responder a las preguntas que tenga sobre nuestro plan. Para obtener un intérprete, llame a Servicios para Afiliados. Este servicio es gratuito para usted. Para obtener materiales en otros idiomas que no sean el inglés, como español, llame a Servicios para Afiliados al 1-866-432-0001 (TTY: 711). El Servicio para Afiliados está disponible los 7 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. Este servicio es gratuito para usted. También podemos brindarle información en letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en formatos como letra grande, braille o audio, llame a Servicios para Afiliados al 1-866-432-0001 (TTY: 711). El Servicio para Afiliados está disponible los 7 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.

Si desea obtener información sobre cualquiera de las siguientes opciones, llame a Servicios para Afiliados:

- Cómo elegir o cambiar planes.
- El plan, que incluye lo siguiente:
 - Información financiera.
 - Cómo nos calificaron los afiliados del plan.
 - La cantidad de apelaciones que presentaron los afiliados.
 - Cómo abandonar nuestro plan.
- Nuestros proveedores de red y nuestras farmacias de red, que incluye:
 - cómo elegir o cambiar los proveedores de cuidado primario
 - cualificaciones sobre los proveedores y las farmacias de la red
 - cómo pagamos a los proveedores en nuestra red
- Servicios y medicamentos cubiertos, que incluye:
 - Servicios (consulte los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual para Afiliados*) y medicamentos (consulte los **Capítulos 5 y 6** de este *Manual para Afiliados*) cubiertos por nuestro plan
 - Los límites a su cobertura y 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*), lo que incluye pedirnos que hagamos lo siguiente:
 - Indicar por escrito por qué un producto o servicio no está cubierto.
 - Cambiar una decisión que tomamos.
 - Pagar una factura que recibió.



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

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

F. Su derecho a abandonar el plan

Nadie puede obligarlo a quedarse en el plan si no lo desea.

- Tiene el derecho de obtener la mayoría de sus servicios de cuidado de la salud a través de Medicare Original u otro plan Medicare Advantage (MA).
 - Puede obtener sus beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare de un plan de medicamentos o de otro plan MA.
 - Consulte el **Capítulo 10** de este *Manual para Afiliados*:
 - Para obtener más información sobre cuándo puede unirse a un plan de beneficios nuevo para medicamentos o MA.
 - Para obtener información sobre cómo obtendrá los beneficios de Healthy Connections de Medicaid si abandona nuestro plan.
-

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

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

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

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

- **Conocer sus opciones.** Tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo. Debemos informarle con antelación si algún servicio o tratamiento forma parte de un experimento de investigación. Tiene derecho a rechazar los tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda opinión.** Tiene derecho a consultar con otro médico antes de decidir sobre el tratamiento.
- **Decir que no.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a irse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no lo haga. Tiene derecho a dejar de tomar un medicamento recetado. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento recetado, no lo eliminaremos de nuestro plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar medicamentos, usted acepta la responsabilidad total de lo que le suceda.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

- **Solicitar que le expliquemos por qué un proveedor negó el cuidado.** Tiene derecho a obtener una explicación si un proveedor le negó el cuidado que usted considera que debería recibir.
- **Solicitarnos que cubramos un servicio o medicamento que hayamos negado o que normalmente no tiene cobertura.** Esto se denomina decisión de cobertura. En el **Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados*, se informa cómo pedirnos una decisión de cobertura.

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

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por sí mismas. Antes de que esto le ocurra, usted puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario escrito **para darle a alguien el derecho a tomar decisiones de cuidado de la salud por usted** si alguna vez no puede tomar decisiones por usted mismo.
- **Dar a sus médicos instrucciones escritas** sobre cómo encargarse de su cuidado de la salud si usted no puede tomar decisiones por usted mismo, incluido el cuidado que **no** desea.

El documento legal que utiliza para dar sus instrucciones se denomina “instrucciones anticipadas”. Hay diferentes tipos de instrucciones anticipadas y diferentes nombres para ellas. Los ejemplos son un testamento vital y un poder legal para el cuidado de la salud.

No es obligatorio que tenga instrucciones anticipadas, pero puede hacerlo. Esto es lo que debe hacer si desea utilizar instrucciones anticipadas:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener el formulario de su médico, un abogado, un trabajador social o algunas tiendas de suministros para consultorios. Las farmacias y los consultorios de proveedores a menudo tienen los formularios. Puede encontrar un formulario gratuito en línea y descargarlo. También puede comunicarse con Servicios para Afiliados con el fin de solicitar el formulario.
- **Complete el formulario y fírmelo.** El formulario es un documento legal. Considere la posibilidad de pedirle a un abogado u otra persona en la que confíe, como un miembro de la familia o su PCP, que lo ayude a completarlo.
- **Dar copias del formulario a las personas que necesiten saber sobre él.** Dé una copia del formulario a su médico. Además, debe entregar una copia a la persona que designe para que tome decisiones en su nombre si usted no puede hacerlo. También puede considerar entregar copias a amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.
- Si está siendo hospitalizado y tiene un documento de instrucciones anticipadas firmado, **lleve una copia al hospital.**
 - El hospital le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo tiene con usted.
 - Si no tiene un formulario de instrucción anticipada firmado, el hospital tiene formularios y le preguntará si desea firmar uno.



Tiene derecho a lo siguiente:

- Hacer que sus instrucciones anticipadas se coloquen en su expediente médico.
- Cambiar o cancelar sus instrucciones anticipadas en cualquier momento.

Por ley, nadie puede negarle cuidado ni discriminarlo por el hecho de haber firmado o no instrucciones anticipadas. Llame a Servicios para Afiliados para obtener más información.

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

Si firmó un formulario de instrucciones anticipadas y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones incluidas en él, usted o su representante autorizado pueden presentar una queja con su coordinador de cuidados.

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

En el **Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados*, se incluye lo que puede hacer si tiene algún problema o inquietud sobre sus servicios o cuidados cubiertos. Por ejemplo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para cambiar una decisión de cobertura o realizar una queja.

Tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y quejas que otros afiliados del plan han presentado contra nosotros. Llame a Servicios para Afiliados para obtener esta información.

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

Si cree que recibió un trato injusto, y **no** se trata de discriminación por las razones enumeradas en el **Capítulo 11** de este *Manual para Afiliados*, o si desea más información sobre sus derechos, puede llamar a:

- Servicios para Afiliados.
- El programa I-CARE al 1-800-868-9095. Para obtener más información sobre I-CARE, consulte el **Capítulo 2**.
- El Programa de Mediador al 1-844-477-4632, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m., hora del este. A fin de obtener más información sobre este programa, consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para Afiliados*.

Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede leer o descargar “Medicare Rights & Protections” [Derechos y protecciones de Medicare], que se encuentra en el sitio web de Medicare en www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf).

También puede visitar el sitio web del programa Healthy Connections de Medicaid en www.scdhhs.gov/resources/health-managed-care-plans/dual-special-needs-plans.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es-www.humana.com.

I. Sus responsabilidades como afiliado al plan

Como afiliado del plan, usted tiene la responsabilidad de hacer lo que se enumera a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Afiliados.

- **Lea el *Manual para Afiliados*** a fin de conocer lo que cubre nuestro plan y las reglas que se deben seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener más información sobre lo siguiente:
 - Servicios cubiertos, consulte los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual para Afiliados*. En esos capítulos, obtendrá información sobre lo que está cubierto, lo que no está cubierto, qué reglas debe seguir y lo que debe pagar.
 - Medicamentos cubiertos, consulte los **Capítulos 5 y 6** de este *Manual para Afiliados*.
- **Informarnos cualquier otra cobertura médica o de medicamentos** que tenga. Debemos asegurarnos de que usa todas sus opciones de cobertura cuando reciba cuidado de la salud. Llame a Servicios para Afiliados si tiene otra cobertura.
- **Dígale a su médico y a otros proveedores del cuidado de la salud** que es un afiliado de nuestro plan. Muestre su Tarjeta de Identificación de Afiliado cuando reciba servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y otros proveedores de cuidado de la salud a brindarle el mejor cuidado.
 - Bríndeles la información que necesitan sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento e instrucciones que usted y sus proveedores acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores sepan sobre todos los medicamentos que toma. Esto incluye medicamentos recetados, medicamentos de venta sin receta, vitaminas y suplementos.
 - Haga cualquier pregunta que tenga. Sus médicos y otros proveedores deben darle explicaciones que usted pueda entender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a hacerla.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos los afiliados de los planes respeten los derechos de los demás. También esperamos que sea respetuoso en el consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios de proveedores.
- **Pague lo que debe.** Como afiliado del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Primas de la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los afiliados de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP), Medicaid paga su prima de la Parte A y de la Parte B de Medicare.
 - Para algunos de los medicamentos cubiertos por nuestro plan, debe pagar su parte del costo cuando los reciba. Este será un copago y/o coseguro. En el **Capítulo 6**, obtendrá información sobre lo que debe pagar por los medicamentos.
 - **Si recibe algún servicio o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan, debe pagar el costo completo.** (Tenga en cuenta lo siguiente: Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** para obtener información sobre cómo presentar una apelación).



- **Infórmenos si se muda.** Si planea mudarse, infórmenos inmediatamente. Llame al coordinador de cuidados o a Servicios para Afiliados.
 - **Si se muda fuera del área de servicio, no puede permanecer en el plan.** Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden ser afiliados de este plan. En el **Capítulo 1** de este *Manual para Afiliados*, se incluye información sobre nuestra área de servicio.
 - Podemos indicarle si se mudará fuera de nuestra área de servicio. Durante un período especial de inscripción, puede cambiar a Medicare Original o afiliarse a un plan de salud o medicamentos de Medicare en su nueva ubicación. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva área.
 - Informe a Medicare y Healthy Connections de Medicaid su nueva dirección cuando se mude. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para Afiliados* a fin de conocer los números de teléfono de Medicare y Healthy Connections de Medicaid.
 - **Incluso si se muda dentro de nuestra área de servicio, debemos saberlo.** Necesitamos mantener su registro de afiliación actualizado y saber cómo contactarnos con usted.
 - Si se muda, infórmelo a la Seguridad Social (o a Railroad Retirement Board).
- **Llame al coordinador de cuidados o a Servicios para Afiliados a fin de obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También puede llamar al coordinador de cuidados para hablar sobre su participación en una revisión inicial de salud y/o una evaluación completa.



Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Introducción

En este capítulo, se incluye información sobre sus derechos. Lea este capítulo para averiguar qué hacer en los siguientes casos:

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

En este capítulo, se incluyen diferentes secciones para ayudarle a encontrar fácilmente lo que está buscando. **Si tiene un problema o inquietud, lea las partes de este capítulo que se adaptan a su situación.**

Hay una oficina del mediador para South Carolina. Con la intención de comunicarse con ellos y obtener recursos adicionales para abordar sus inquietudes, consulte el **Capítulo 2** a fin de obtener más información.

Índice

A. Qué hacer si tiene un problema o una inquietud.....	177
A1. Acerca de los términos legales	177
B. Dónde obtener ayuda.....	177
B1. Para obtener más información y ayuda.....	177
C. Comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Healthy Connections de Medicaid en nuestro plan	178
D. Problemas con sus beneficios.....	178
E. Decisiones y apelaciones relativas a la cobertura	179
E1. Decisiones de cobertura	179
E2. Apelaciones	179
E3. Ayuda con decisiones y apelaciones de cobertura	180
E4. Qué sección de este capítulo puede ayudarle	180



F. Cuidado médico	181
F1. Uso de esta sección	182
F2. Solicitar una decisión de cobertura	182
F3. Hacer una Apelación de Nivel 1	184
F4. Hacer una Apelación de Nivel 2	187
F5. Problemas con los pagos	190
G. Medicamentos de la Parte D de Medicare	191
G1. Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D de Medicare	191
G2. Excepciones a la Parte D de Medicare	192
G3. Consideraciones importantes que debe saber para solicitar una excepción	194
G4. Solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción	194
G5. Hacer una Apelación de Nivel 1	196
G6. Hacer una Apelación de Nivel 2	198
H. Solicitud para que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada	200
H1. Aprender sobre sus derechos de Medicare	200
H2. Hacer una Apelación de Nivel 1	201
H3. Hacer una Apelación de Nivel 2	202
I. Solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos	203
I1. Aviso previo antes de que termine su cobertura	203
I2. Hacer una Apelación de Nivel 1	204
I3. Hacer una Apelación de Nivel 2	205
J. Escalamiento de su apelación más allá del Nivel 2	206
J1. Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medicare	206
J2. Apelaciones adicionales de Healthy Connections de Medicaid	207
J3. Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare	207
K. Cómo realizar una queja	209
K1. Qué tipo de problemas deben ser quejas	209
K2. Quejas internas	210
K3. Quejas externas	211



A. Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo, se explica cómo encargarse de los problemas y las inquietudes. El proceso que utilice depende del tipo de problema que tenga. Utilice un proceso para **las decisiones y apelaciones de cobertura** y otro para **presentar quejas** (también llamadas “quejas formales”).

Para garantizar la equidad y la rapidez, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que tanto nosotros como usted debemos seguir.

A1. Acerca de los términos legales

En este capítulo, hay términos legales para algunas reglas y plazos. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, por lo que utilizamos palabras más simples en lugar de ciertos términos legales cuando sea posible. También utilizamos abreviaturas lo menos posible.

Por ejemplo, decimos:

- “realizar una queja” en lugar de “presentar una queja formal”;
- “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgo” o “determinación de cobertura”;
- “decisión de cobertura rápida” en lugar de “determinación acelerada”;
- “Organización de Revisión Independiente” (IRO, por sus siglas en inglés) en lugar de “Entidad de Revisión Independiente” (IRE, por sus siglas en inglés).

Conocer los términos legales adecuados puede ayudarle a comunicarse con más claridad, por lo que también se los proporcionamos.

B. Dónde obtener ayuda

B1. Para obtener más información y ayuda

A veces, es confuso iniciar o seguir el proceso para lidiar con un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o no tiene mucha energía. En otras ocasiones, es posible que no tenga la información que necesita para dar el siguiente paso.

Ayuda del Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés)

Puede llamar al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP). Los asesores del SHIP pueden responder sus preguntas y ayudarle a entender qué hacer con el problema. El SHIP no está relacionado con nosotros ni con ninguna empresa de seguros o plan de salud. El SHIP cuenta con asesores capacitados en todos los estados, y los servicios son gratuitos. En South Carolina, el SHIP es conocido como I-CARE, que significa Insurance Counseling Assistance and Referrals for Elders (Asistencia de Asesoría y Referidos de Seguros para Adultos Mayores). El número de teléfono de I-CARE es 1-800-868-9095 y su sitio web es www.aging.sc.gov/programs-initiatives/medicare-and-medicare-fraud. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.



Ayuda e información de Medicare

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

- llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048;
- visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Ayuda e información de Healthy Connections de Medicaid

Puede llamar directamente a Healthy Connections de Medicaid para obtener ayuda con los problemas. Estas son algunas maneras de obtener ayuda de Healthy Connections de Medicaid:

- Llamar a Healthy Connections de Medicaid al 1-888-549-0820, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. TTY: 1-888-842-3620. La llamada es gratuita.
- Visitar el sitio web de Healthy Connections de Medicaid (www.scdhhs.gov).

Obtener ayuda de otros recursos

Puede obtener ayuda de otros recursos, como:

- Protección y Defensa para Personas con Discapacidad (P&A, por sus siglas en inglés), línea gratuita al 1-866-275-7273. TTY: 1-866-232-4525.
- Servicios Legales de South Carolina, línea gratuita al 1-888-346-5592.

C. Comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Healthy Connections de Medicaid en nuestro plan

Tiene Medicare y Healthy Connections de Medicaid. La información de este capítulo se aplica a todos sus beneficios de Medicare y Healthy Connections de Medicaid. A veces, se lo denomina “proceso integrado” porque combina o integra los procesos de Medicare y Healthy Connections de Medicaid.

En ocasiones, los procesos de Medicare y Healthy Connections de Medicaid no se pueden combinar. En esas situaciones, debe utilizar un proceso para un beneficio de Medicare y otro proceso para un beneficio de Healthy Connections de Medicaid. En la Sección F4, se explican estas situaciones.

D. Problemas con sus beneficios

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



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es-www.humana.com.

¿Su problema o inquietud es acerca de sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas sobre si algunos cuidados médicos (artículos médicos, servicios y/o medicamentos de la Parte B) están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y problemas sobre el pago del cuidado médico.

Sí.

Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.
Consulte la **Sección E**, “Decisiones de cobertura y apelaciones”.

No

Mi problema no es sobre los beneficios o la cobertura.
Consulte la **Sección K** “Cómo presentar una queja”.

E. Decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para solicitar una decisión de cobertura y realizar una apelación tratan con problemas relacionados con sus beneficios y cobertura para su cuidado médico (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para mantener las cosas simples, generalmente nos referimos a artículos médicos, servicios y medicamentos de la Parte B como **cuidado médico**.

E1. Decisiones de cobertura

La decisión de cobertura es una determinación que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura, o sobre el importe que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y la cantidad que pagamos (consulte el **Capítulo 4**, **Sección H** de este *Manual para Afiliados*).

Usted o su médico también pueden ponerse en contacto con nosotros y solicitar una decisión de cobertura. Usted o su médico pueden no estar seguros de si cubrimos un servicio médico específico o si podemos negarnos a proporcionarle el cuidado médico que cree que necesita. **Si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura por usted.**

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué incluye su cobertura y cuánto pagamos. En algunos casos, podemos decidir que Medicare o Healthy Connections de Medicaid no cubra o ya no cubra un servicio o medicamento 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. La apelación consiste en pedirnos de manera formal que revisemos y cambiemos una decisión sobre cobertura que hicimos.

Cuando apela una decisión por primera vez, se denomina una Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que hicimos para comprobar si seguimos todas las reglas correctamente. Otros revisores que los que tomaron la decisión desfavorable original se encargan de su apelación.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

Cuando completamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que se explican más adelante en este capítulo, puede solicitar una decisión de cobertura acelerada, “decisión de cobertura rápida” o “apelación rápida” de una decisión de cobertura.

Si decimos “**No**” a parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta. Si su problema está relacionado con la cobertura de cuidado médico de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente (IRO) para realizar una Apelación de Nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de la Parte D de Medicare o de Healthy Connections de Medicaid, en la carta tendrá información sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo cubierto por Medicare y Healthy Connections de Medicaid, en la carta tendrá información sobre ambos tipos de Apelaciones de Nivel 2.

Si no está satisfecho con la decisión de la Apelación de Nivel 2, puede continuar con niveles adicionales de apelación.

E3. Ayuda con decisiones y apelaciones de cobertura

Puede solicitar ayuda a cualquiera de los siguientes:

- **Servicios para Afiliados** en los números de la parte inferior de la página.
- El **Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP)**, conocido como I-CARE en South Carolina, para obtener ayuda gratuita. El SHIP es una organización independiente. No se relaciona con este plan. El número de teléfono es 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- **Su médico u otro proveedor.** Su médico u otro proveedor puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación en su nombre.
- **Un amigo o miembro de la familia.** Puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- **Un abogado.** Tiene derecho a un abogado, pero **no está obligado a tener uno** para solicitar una decisión de cobertura o hacer una apelación.
 - Llame a su propio abogado u obtenga el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio referido. Algunos grupos brindan servicios legales gratuitos si usted es elegible.

Complete el formulario de Designación de un Representante si desea que un abogado u otra persona actúe como su representante. El formulario le da permiso a otra persona para actuar por usted.

Llame a Servicios para Afiliados en los números de la parte inferior de la página y solicite el formulario “Designación de un Representante”. También puede obtener el formulario si accede a www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. Debe darnos una copia del formulario firmado.

E4. Qué sección de este capítulo puede ayudarle

Hay cuatro situaciones que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y plazos. Proporcionamos detalles para cada una en una sección separada de este capítulo. Consulte la sección que se ajuste a la situación:



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es-www.humana.com.

- **Sección F**, “Cuidado médico”
- **Sección G**, “Medicamentos de la Parte D de Medicare”
- **Sección H**, “Solicitud para que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada”
- **Sección I**, “Solicitar que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos” (esta sección solo se aplica a estos servicios: cuidado de la salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios [CORF, por sus siglas en inglés]).

Si no está seguro de qué sección utilizar, llame a Servicios para Afiliados a los números que aparecen en la parte inferior de la página.

Si necesita más ayuda o información, llame al mediador al 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

F. Cuidado médico

En esta sección, se explica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de cuidado médico o si desea que le reembolsemos cargos de su cuidado.

Esta sección trata sobre sus beneficios para el cuidado médico que se describen en el **Capítulo 4** de este *Manual para Afiliados* en la tabla de beneficios. En algunos casos, se pueden aplicar diferentes reglas a un medicamento de la Parte B de Medicare. Cuando lo hacen, explicamos cómo las reglas para los medicamentos de la Parte B de Medicare difieren de las reglas para los servicios y artículos médicos.

F1. Uso de esta sección

En esta sección, se explica qué puede hacer en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. Usted cree que cubrimos el cuidado médico que necesita, pero que no está recibiendo.

Qué puede hacer: Puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la **Sección F2**.

2. No aprobamos el cuidado médico que su médico u otro proveedor de cuidado de la salud desea darle, y usted cree que deberíamos hacerlo.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión. Consulte la **Sección F3**.

3. Recibió cuidado médico que cree que cubrimos, pero no pagaremos.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección F5**.

4. Recibió cuidado médico que creía que cubríamos, lo pagó y quiere que le devolvamos el pago.

Qué puede hacer: Puede solicitar el reembolso del dinero. Consulte la **Sección F5**.

5. Redujimos o suspendimos su cobertura para ciertos cuidados médicos y cree que nuestra decisión podría dañar su salud.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o suspender el cuidado médico. Consulte la **Sección F4**.



- Si la cobertura es para cuidado hospitalario, cuidado de la salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un CORF, se aplican reglas especiales. Consulte la **Sección H** o la **Sección I** para obtener más información.
- Para todas las demás situaciones que impliquen reducir o suspender su cobertura para ciertos cuidados médicos, utilice esta sección (**Sección F**) como guía.

F2. Solicitar una decisión de cobertura

Cuando una decisión de cobertura involucra su cuidado médico, se denomina **determinación de la organización integrada**.

Usted, su médico o su representante pueden solicitarnos una decisión de cobertura de la siguiente manera:

- por teléfono: 866-432-0001, TTY: 711
- por fax: 888-889-9934, solo para decisiones de cobertura aceleradas
- por correo: 14601 Lexington, KY 40512-4601

Decisión de cobertura estándar

Cuando le damos nuestra decisión, utilizamos los plazos estándar, a menos que aceptemos utilizar los plazos rápidos. Una decisión de cobertura estándar significa que le damos una respuesta en:

- **Siete días calendario** después de recibir su solicitud **para un servicio o artículo médico que está sujeto a nuestras reglas de autorización previa.**
- **14 días calendario** después de recibir su solicitud **para todos los otros servicios o artículos médicos.**
- **72 horas** después de recibir su solicitud **de un medicamento de la Parte B de Medicare.**

Para un artículo o servicio médico, podemos tardar hasta 14 días calendario más si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo (como los expedientes médicos de proveedores fuera de la red). Si necesitamos más días para tomar la decisión, le informaremos por escrito. **No podemos tomarnos días adicionales si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.**

Si cree que **no debemos** tomar días adicionales, puede hacer una queja rápida sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando realiza una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas. El proceso para realizar una queja es diferente del proceso para decisiones y apelaciones de cobertura. Para obtener más información sobre cómo hacer una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Decisión de cobertura rápida

El término legal para la decisión de cobertura rápida es **determinación acelerada**.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

Cuando nos pida que tomemos una decisión de cobertura sobre su cuidado médico y su salud requiere una respuesta rápida, pídanos que tomemos una decisión de cobertura rápida. Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta dentro de:

- **Setenta y dos horas** después de que recibamos su solicitud **para un servicio o artículo médico.**
- **24 horas** después de recibir su solicitud **para un medicamento de la Parte B de Medicare.**

Para un artículo o servicio médico, podemos tardar hasta 14 días calendario más si descubrimos que falta información que puede beneficiarle (como expedientes médicos de proveedores fuera de la red) o si necesita tiempo para entregarnos información para la revisión. Si necesitamos más días para tomar la decisión, le informaremos por escrito. **No podemos tardarnos tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.**

Si cree que **no debemos** tardar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Para obtener más información sobre la presentación de una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**. Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.

Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

- Usted está solicitando la cobertura de artículos y/o servicios médicos que **no recibió**. No puede solicitar una decisión de cobertura rápida sobre el pago de artículos o servicios que ya recibió.
- El uso de los plazos estándar podría **causar daños graves a su salud** o perjudicar su capacidad de funcionamiento.

Le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida si su médico nos informa que su salud lo requiere. Si hace la solicitud sin el apoyo de su médico, decidimos si obtiene una decisión de cobertura rápida.

- Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que lo dice y usaremos los plazos estándar en su lugar. En la carta se informa:
 - Que le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida si su médico la solicita.
 - Cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida. Para obtener más información sobre cómo hacer una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si decimos “No” a parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta en la que se expliquen los motivos.

- Si decimos **“No”**, tiene derecho a presentar un apelación. Si cree que hemos cometido un error, presentar una apelación es una forma formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión y la cambiemos.
- Si decide presentar una apelación, pasará al Nivel 1 del proceso de apelación (consulte la **Sección F3**).

En circunstancias limitadas, podemos desestimar su solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los siguientes son ejemplos de cuándo se desestimaré una solicitud:

- Si la solicitud está incompleta.



- Si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo.
o bien
- Si solicita que se retire su solicitud.

Si rechazamos una solicitud para una decisión de cobertura, le enviaremos un aviso en el que se explique por qué se rechazó la solicitud y cómo pedir una revisión del rechazo. Esto se denomina apelación. Las apelaciones se analizan en la siguiente sección.

F3. Hacer una Apelación de Nivel 1

Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros. Comuníquese con nosotros al 866-432-0001

Solicite una apelación estándar o rápida por escrito o por teléfono al 866-432-0001, (TTY: 711).

- Si su médico u otro profesional que receta le pide que continúe un servicio o artículo que ya está recibiendo durante la apelación, es posible que necesite nombrarlo como su representante para actuar en su nombre.
- Si alguien que no sea su médico hace la apelación por usted, incluya un formulario de Designación de un Representante que autorice a esta persona a representarlo. Puede obtener el formulario si accede a www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.
- Podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, pero no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no obtenemos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación:
 - desestimamos su solicitud, y
 - le enviamos un aviso por escrito explicando su derecho a pedir a la IRO que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- Debe solicitar una apelación dentro de los 65 días calendario a partir de la fecha que figura en la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.
- Si no cumple con el plazo y tiene una buena razón para hacerlo, podemos darle más tiempo para presentar la apelación. Una buena razón es, por ejemplo, que tuvo una enfermedad grave o que le brindamos información incorrecta sobre el plazo. Explique el motivo del retraso cuando presente la apelación.
- Tiene el derecho de pedirnos una copia gratuita de la información de su apelación. Usted y su médico pueden brindarnos más información para apoyar su apelación.

Si su salud lo requiere, pida una apelación rápida.

El término jurídico para “apelación rápida” es “**reconsideración acelerada**”.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de cuidado, usted y/o su médico deciden si necesita una apelación rápida.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es-www.humana.com.

Le daremos automáticamente una apelación rápida si su médico nos informa que su salud lo requiere. Si hace la solicitud sin el apoyo de su médico, decidimos si obtiene una apelación rápida.

- Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para una apelación rápida, le enviaremos una carta que lo dice y usaremos los plazos estándar en su lugar. En la carta se informa:
 - Le daremos automáticamente una apelación rápida si su médico lo solicita.
 - Cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una apelación estándar en lugar de una apelación rápida. Para obtener más información sobre cómo hacer una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si le informamos que íbamos a suspender o reducir los servicios o artículos que ya estaba recibiendo, es posible que pueda continuar recibiendo esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que recibe, le enviaremos un aviso antes de actuar.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una Apelación de Nivel 1.
- Seguiremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una Apelación de Nivel 1 dentro de los 10 días calendario de la fecha de nuestra carta o antes de la fecha de entrada en vigor prevista de la acción, lo que ocurra más tarde.
 - Si usted cumple con este plazo, recibirá el servicio o artículo sin cambios mientras su apelación de Nivel 1 esté pendiente.
 - También seguirá recibiendo todos los demás servicios o artículos (que no son el tema de su apelación) sin cambios.
 - Si no apela antes de estas fechas, su servicio o artículo no continuará mientras espera la decisión de su apelación.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, examinamos detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de cuidado médico.
- Comprobamos si seguimos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilamos más información si la necesitamos. Podemos comunicarnos con usted o con su médico para obtener más información.

Existen plazos para una apelación rápida.

- Cuando usamos plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
- Si usted pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, podemos **tomar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico.
 - Si necesitamos más días para tomar la decisión, le informamos por escrito.
 - Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare, no podemos tomar tiempo adicional para tomar la decisión.



- Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas o al final de los días adicionales que tomamos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, una IRO lo revisa. Más adelante en este capítulo, le informamos sobre esta organización y le explicamos el proceso de apelación de Nivel 2. Si su problema se relaciona con la cobertura de un servicio o artículo de Healthy Connections de Medicaid, puede presentar usted mismo una apelación de Nivel 2 y solicitar una “Audiencia imparcial estatal” con el estado tan pronto como se haya agotado el tiempo. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de Nivel 2, consulte la **Sección F4**.
- **Si decimos “Sí” a parte o a todo lo que pidió**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado proporcionar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si decimos “No” a parte o a todo lo que pidió**, enviamos su apelación a la IRO para una Apelación de Nivel 2.

Existen plazos para una apelación estándar.

- Cuando usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** después de recibir su apelación de cobertura por los servicios que no recibió.
- Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare que no recibió, le daremos nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación o antes si su salud lo requiere.
- Si usted pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, podemos **tomar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico.
 - Si necesitamos más días para tomar la decisión, le informamos por escrito.
 - Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare, no podemos tomar tiempo adicional para tomar la decisión.
 - Si cree que **no debemos** tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión. Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta dentro de las 24 horas. Para obtener más información sobre cómo hacer una queja, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.
 - Si no le damos una respuesta al final del plazo o los días adicionales que tomamos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, una IRO lo revisa. Más adelante en este capítulo, le informamos sobre esta organización y le explicamos el proceso de apelación de Nivel 2. Si su problema se relaciona con la cobertura de un servicio o artículo de Healthy Connections de Medicaid, puede presentar usted mismo una apelación de Nivel 2 y solicitar una “Audiencia imparcial estatal” con el estado tan pronto como se haya agotado el tiempo. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de Nivel 2, consulte la **Sección F4**.

Si nuestra respuesta es sí a parte o a toda su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos dentro de los 30 días calendario, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare, después de que recibamos su apelación.

Si decimos **“No”** a parte o a todo lo que pidió, **tiene derechos adicionales de apelación**:

- Si decimos **“No”** a parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

- Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informará que hemos enviado su caso a la IRO para una Apelación de Nivel 2.
- Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Healthy Connections de Medicaid, en la carta tendrá información sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo.

F4. Hacer una Apelación de Nivel 2

Si decimos “**No**” a una parte o a toda la Apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. En esta carta, se indica si Medicare, Healthy Connections de Medicaid o ambos programas cubren el servicio o artículo en general.

- Si su problema se relaciona con un servicio o artículo que Medicare normalmente cubre, enviamos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones apenas se complete la Apelación de Nivel 1.
- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que, en general, está cubierto por Healthy Connections de Medicaid, usted mismo puede presentar una Apelación de Nivel 2. En la carta, se indica cómo hacerlo. También incluimos información adicional más adelante en este capítulo.
- Si su problema es acerca de un servicio o artículo que **tanto Medicare como Healthy Connections de Medicaid** pueden cubrir, usted recibe una Apelación de Nivel 2 con la Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés) de forma automática. También puede pedir una Audiencia Imparcial con el estado.

Si usted es elegible para la continuación de los beneficios cuando presentó su Apelación de Nivel 1, sus beneficios por el servicio, artículo o medicamento bajo apelación también pueden continuar durante el Nivel 2. Consulte la **Sección F3** para obtener información sobre cómo continuar con sus beneficios durante las Apelaciones del Nivel 1.

- Si su problema se relaciona con un servicio que normalmente solo cubre Medicare, sus beneficios para ese servicio no continúan durante el proceso de apelación de Nivel 2 con la IRO.
- Si su problema es acerca de un servicio que, en general, está cubierto solo por Healthy Connections de Medicaid, sus beneficios por ese servicio continuarán si presenta una Apelación de Nivel 2 dentro de los 10 días calendario después de recibir la carta de decisión.

Cuando su problema esté relacionado con un servicio o artículo que Medicare cubre por lo general.

La IRO revisa su apelación. Medicare contrata a una organización independiente.

El nombre formal de la Organización de Revisión Independiente (IRO) es **Entidad de Revisión Independiente** (IRE, por sus siglas en inglés).

- Esta organización no tiene vínculo con nosotros ni pertenece al Gobierno. Medicare eligió la compañía que actúa como IRO y supervisa su trabajo.
- Enviamos a esta organización la información sobre su apelación (su “expediente”). Usted tiene derecho a recibir una copia gratuita de su expediente.



- Usted tiene derecho a entregar a la IRO información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la IRO analizan con detenimiento toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2.

- Si usted presentó una apelación rápida con nosotros en el Nivel 1, obtiene automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La IRO debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de 72 horas** a partir de la recepción de su apelación.
- Si su solicitud corresponde a un artículo o servicio médico y la IRO necesita recopilar más información que pueda beneficiarle, **el plazo puede extenderse hasta 14 días calendario adicionales**. La IRO no puede tomar tiempo adicional para emitir una decisión si su solicitud corresponde a un medicamento de la Parte B de Medicare.

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2.

- Si presentó una apelación estándar con nosotros en el Nivel 1, obtiene automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2.
- Si su solicitud corresponde a un artículo o servicio médico, la IRO debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** a partir de la recepción de su apelación.
- Si su solicitud corresponde a un medicamento de la Parte B de Medicare, la IRO debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** a partir de la recepción de su apelación.
- Si su solicitud corresponde a un artículo o servicio médico y la IRO necesita recopilar más información que pueda beneficiarle, **el plazo puede extenderse hasta 14 días calendario adicionales**. La IRO toma tiempo adicional para emitir una decisión si su solicitud corresponde a un medicamento de la Parte B de Medicare.

La IRO le da su respuesta por escrito y explica los motivos.

- **Si la IRO aprueba en parte o en su totalidad una solicitud de un artículo o servicio médico, debemos hacer lo siguiente:**
 - autorizar la cobertura de cuidado médico **dentro de 72 horas**;
 - proporcionar el servicio en un plazo de **14 días calendario** después de recibir la decisión de la IRO para **solicitudes estándar**; o
 - proporcionar el servicio **en un plazo de 72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la IRO para **solicitudes aceleradas**.
- **Si la IRO aprueba en parte o en su totalidad una solicitud de un medicamento de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o proporcionar el medicamento en disputa:**
 - **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de la IRO para **solicitudes estándar**; o
 - **en un plazo de 24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la IRO para **solicitudes aceleradas**.



- **Si la IRO niega en parte o en su totalidad su apelación**, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de cuidado médico. Esto se denomina “defender la decisión” o “rechazar su apelación”.
 - Su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea continuar con la apelación.
 - Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, para un total de cinco niveles.
 - Si rechazan su Apelación de Nivel 2 y cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si continúa al Nivel 3 y presenta una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo aparecen en la notificación por escrito que recibe después de su Apelación de Nivel 2.
 - Un Juez de Derecho Administrativo (ALJ, por sus siglas en inglés) o un abogado adjudicador se encarga de la Apelación de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Cuando su problema es acerca de un servicio o artículo que Medicaid cubre en general, o que está cubierto por Medicare y Healthy Connections de Medicaid.

Una Apelación de Nivel 2 para los servicios que Healthy Connections de Medicaid generalmente cubre es una Audiencia Imparcial con el estado. En South Carolina, una Audiencia Imparcial se llama Audiencia Imparcial Estatal. Usted debe pedir una Audiencia Imparcial Estatal por escrito o por teléfono dentro de los 120 días calendario de la fecha en que enviamos la carta de decisión en su Apelación de Nivel 1. En la carta que recibe de nuestra parte se le indica dónde presentar su solicitud de Audiencia Imparcial.

Puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal si presenta su solicitud en línea en msp.scdhhs.gov/appeals.

También puede entregar su solicitud en persona, enviar su solicitud por fax al 803-255-8206, o escribir a:

Division of Appeals and Hearings
South Carolina Department of Health and Human Services
P.O. Box 8206
Columbia, SC 29202-8206

Si se concede una audiencia, la División de Audiencias y Apelaciones le enviará por correo un aviso indicando la hora, la fecha y el lugar de la audiencia. Durante la audiencia, un funcionario de audiencias imparcial escuchará su explicación de por qué usted no está de acuerdo con nuestra acción. El funcionario de audiencias también escuchará nuestra explicación de la acción tomada. El funcionario de audiencias hará preguntas a fin de obtener suficiente información para decidir si su caso fue manejado de forma correcta.

La oficina de Audiencia Imparcial le informará sobre su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- Si la oficina de Audiencia Imparcial **aprueba** en parte o en su totalidad la solicitud de un artículo o servicio médico, debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo **en un plazo de 72 horas** después de recibir su decisión.



- Si la oficina de Audiencia Imparcial **niega** en parte o en su totalidad la apelación, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de cuidado médico. Esto se denomina “defender la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la IRO o la oficina de Audiencia Imparcial niega en parte o en su totalidad la solicitud, usted tiene derechos de apelación adicionales.

Si su Apelación de Nivel 2 fue a la **IRO**, puede apelar de nuevo solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea cumple con una determinada cantidad mínima. Un ALJ o un abogado adjudicador se encarga de la Apelación de Nivel 3. **En la carta que recibe de la IRO se explican los derechos de apelación adicionales que puede tener.**

En la carta que recibe de la oficina de Audiencia Imparcial se describe la siguiente opción de apelación.

Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

F5: Problemas con los pagos

No permitimos que nuestros proveedores de la red le cobren por servicios y artículos cubiertos. Esto se mantiene vigente incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio o artículo cubierto. Usted nunca tiene la obligación de pagar el saldo de ninguna factura.

Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. No pague la factura usted mismo. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema. Si usted paga la factura, puede recibir un reembolso de nuestro plan siempre que haya seguido las reglas para obtener el servicio o el artículo.

Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Afiliados*. Allí se describen las situaciones en las que puede pedirnos que le reembolsemos el dinero o que paguemos una factura que le envió un proveedor. También se explica cómo enviarnos la documentación para solicitar un pago.

Si pide que le reembolsemos el dinero, en realidad está solicitando una decisión de cobertura. Revisaremos si el servicio o artículo que pagó está cubierto y si siguió todas las reglas para usar su cobertura.

- Si el servicio o artículo por el que pagó está cubierto y siguió todas las reglas, le enviaremos a usted o a su proveedor el pago por el servicio o artículo, por lo general, dentro de los 30 días calendario, pero no más tarde de 60 días calendario después de recibir su solicitud.
- Si aún no ha pagado el servicio o artículo, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, equivale a **aceptar** su solicitud de decisión de cobertura.
- Si el servicio o el artículo no está cubierto o usted no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta para indicarle que no pagaremos por el servicio o el artículo y para explicarle por qué.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazarlo, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelación descrito en la **Sección F**. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para que le reembolsemos el dinero, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 30 días calendario después de recibir su apelación.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

Si nuestra respuesta a su apelación es **No y Medicare** normalmente cubre el servicio o artículo, enviaremos su caso a la IRO. Le enviaremos una carta si esto sucede.

- Si la IRO revoca nuestra decisión y determina que debemos pagarle, debemos enviar el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es **sí** en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor de cuidado de la salud en un plazo de 60 días calendario.
- Si la IRO **niega** su apelación, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud. Esto se denomina “defender la decisión” o “rechazar su apelación”. Recibirá una carta en la que se le explicará los derechos de apelación adicionales que pueda tener. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

Si nuestra respuesta a su apelación es **no** y Healthy Connections de Medicaid generalmente cubre el servicio o artículo, usted puede presentar una Apelación de Nivel 2 por su cuenta. Consulte la **Sección F4** para obtener más información.

G. Medicamentos de la Parte D de Medicare

Sus beneficios como afiliado de nuestro plan incluyen cobertura para muchos medicamentos. La mayoría corresponde a medicamentos de la Parte D de Medicare. Hay algunos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre y que Healthy Connections de Medicaid puede cubrir. **Esta sección solo aplica** a las apelaciones de medicamentos de la Parte D de Medicare. En el resto de esta sección, utilizaremos la palabra “medicamento” en lugar de repetir “medicamento de la Parte D de Medicare” cada vez. Para los medicamentos cubiertos solo por Healthy Connections de Medicaid, siga el proceso descrito en la **Sección E**.

Para estar cubierto, el medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el medicamento cuenta con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) o está respaldado por ciertas referencias médicas. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.

G1. Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D de Medicare

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que usted puede solicitarnos para sus medicamentos de la Parte D de Medicare:

- Pedirnos que hagamos una excepción, lo que incluye solicitarnos lo siguiente:
 - cubrir un medicamento de la Parte D de Medicare que no está en la *Lista de Medicamentos del plan*;
 - dejar sin efecto una restricción de nuestra cobertura para un medicamento (como los límites en la cantidad que puede recibir).
- Preguntarnos si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando el medicamento aparece en la *Lista de Medicamentos del plan*, pero necesitamos aprobarlo antes de cubrirlo).

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Si en la farmacia le informan que su medicamento recetado no se puede surtir tal como está escrito en la receta, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.



Una decisión inicial de cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare se denomina **“determinación de cobertura”**.

- Pedirnos que paguemos un medicamento que usted ya compró. Esto significa solicitar una decisión de cobertura sobre el pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión. En esta sección, se informa cómo pedir decisiones de cobertura y también cómo presentar una apelación. Utilice la siguiente tabla como guía.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?			
Necesita un medicamento que no está en nuestra <i>Lista de Medicamentos</i> o necesita que dejemos sin efecto una regla o restricción sobre un medicamento que cubrimos.	Quiere que cubramos un medicamento de nuestra <i>Lista de Medicamentos</i> y considera que cumple con las reglas o restricciones del plan (como obtener una aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita.	Quiere pedirnos que le reembolsemos un medicamento que ya obtuvo y pagó.	Le dijimos que no cubriremos o no pagaremos un medicamento en la forma en que usted lo solicita.
Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la Sección G2 ; luego, consulte las Secciones G3 y G4 .	Puede pedirnos una decisión de cobertura. Consulte la Sección G4 .	Puede solicitarnos el reembolso del dinero. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Consulte la Sección G4 .	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide reconsiderar). Consulte la Sección G5 .

G2. Excepciones a la Parte D de Medicare

Si no cubrimos un medicamento en la forma que usted necesita, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Si rechazamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicite una excepción, su médico u otro profesional que receta debe explicar las razones médicas por las que usted necesita la excepción.

Pedir cobertura para un medicamento que no está en nuestra *Lista de Medicamentos* o pedir que eliminemos una restricción sobre un medicamento se conoce a veces como solicitar una **“excepción de formulario”**.

A veces, pedir pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto se llama pedir una **“excepción de nivel”**.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

A continuación, se muestran algunos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que receta puede pedir que hagamos:

1. Cubrir un medicamento que no está en nuestra *Lista de Medicamentos*

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en nuestra *Lista de Medicamentos*, deberá pagar el copago que se aplica a los Medicamentos de Marca Preferidos del Nivel 3, los Medicamentos de Marca Preferidos del Nivel 4 y los Medicamentos de Nivel de Especialidad del Nivel 5.
- No puede obtener una excepción al monto de copago requerido para el medicamento.

2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto

- Se aplican reglas o restricciones adicionales a ciertos medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos* (consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener más información).
- Estas son algunas de las reglas y restricciones adicionales para ciertos medicamentos:
 - Estar obligado a usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - Obtener nuestra aprobación por adelantado antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. Esto a veces se denomina “autorización previa (PA, por sus siglas en inglés)”.
 - Tener que probar primero un medicamento diferente antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted solicita. Esto a veces se denomina “terapia por fases”.
 - Límites de cantidad. Para algunos medicamentos, existen restricciones en la cantidad que puede recibir.
- Si aceptamos una excepción para usted y dejamos sin efecto una restricción, puede solicitar una excepción al monto de copago que debe pagar.

3. Cambio de cobertura de un medicamento a un nivel de costos compartidos más bajo. Cada medicamento en nuestra *Lista de Medicamentos* se ubica en uno de los 6 niveles de costos compartidos. En general, mientras más bajo sea el número del nivel de costos compartidos, menor será el copago que debe pagar.

- Nuestra *Lista de Medicamentos*, a menudo, incluye más de un medicamento para tratar una afección específica. Estos se denominan medicamentos “alternativos”.
- Si un medicamento alternativo para su afección médica está en un nivel de costos compartidos más bajo que el medicamento que usted toma, puede pedirnos que lo cubramos al monto de costos compartidos del medicamento alternativo. Esto reduciría el monto de su copago por el medicamento.
 - Si el medicamento que usted toma es un producto biológico, puede pedirnos que lo cubramos al monto de costos compartidos del nivel más bajo para los productos biológicos alternativos para su afección.
 - Si el medicamento que usted toma es de marca, puede pedirnos que lo cubramos al monto de costos compartidos del nivel más bajo para los medicamentos de marca alternativos para su afección.



- Si el medicamento que toma es un medicamento genérico, puede pedirnos que lo cubramos con la cantidad de costos compartidos para el nivel más bajo de cualquiera de las alternativas genéricas o de marca para su afección.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costos compartidos para cualquier medicamento de Nivel de Especialidad de Nivel 5
- Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y existe más de un nivel de costos compartidos más bajo con medicamentos alternativos que usted no puede tomar, por lo general, pagará el monto más bajo.

G3. Consideraciones importantes que debe saber para solicitar una excepción

Su médico u otro profesional que receta debe indicarnos las razones médicas.

Su médico u otro profesional que receta debe entregarnos una declaración explicando las razones médicas para solicitar la excepción. Para tomar una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro profesional que receta cuando pida la excepción.

Nuestra *Lista de Medicamentos*, a menudo, incluye más de un medicamento para tratar una afección específica. Estos se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo resulta igual de eficaz que el medicamento que usted solicita y no le causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, por lo general, **no** aprobamos su solicitud de excepción. Si nos pide una excepción de nivel, por lo general, **no** aprobamos su solicitud, a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles más bajos de costos compartidos no funcionen bien para usted o sea probable que le causen una reacción adversa u otro daño.

Podemos responder sí o no a su petición.

- Si respondemos que **sí** a su solicitud de excepción, la excepción generalmente dura hasta el final del año calendario. Esto es así siempre y cuando su médico siga recetándole el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si respondemos que **no** a su solicitud de excepción, puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G5** para obtener información sobre cómo apelar si respondemos que **no**.

En la siguiente sección, se explica cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción

G4. Solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

- Pregunte por el tipo de decisión de cobertura que desea, para ello, llame al 866-432-0001, escríbanos o envíenos un fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que receta) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre la reclamación.
- Usted, su médico (u otro profesional que receta) o alguien más que actúe en su nombre pueden pedir una decisión de cobertura. También puede hacer que un abogado actúe en su nombre.
- Consulte la **Sección E3** para saber cómo nombrar a alguien como su representante.
- Usted no necesita dar permiso por escrito a su médico u otro profesional que receta para que solicite una decisión de cobertura en su nombre.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

- Si desea pedirnos que le devolvamos el costo de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Afiliados*.
- Si solicita una excepción, entréguenos una “declaración de apoyo”. La declaración de apoyo incluye las razones médicas de su médico u otro profesional que receta para justificar la solicitud de excepción.
- Su médico u otro profesional que receta puede enviarnos la declaración de apoyo por fax o por correo. También pueden informarnos por teléfono y, luego, enviar la declaración por fax o por correo.

Si su estado de salud lo requiere, pídale una “decisión de cobertura rápida”.

Usamos los “plazos estándares”, a menos que aceptemos usar los “plazos rápidos”.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de su médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico.

Una “decisión de cobertura rápida” se denomina “**determinación de cobertura acelerada**”.

Puede obtener una decisión de cobertura rápida en los siguientes casos:

- Se trata de un medicamento que no recibió. No puede obtener una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos un medicamento que ya compró.
- Su salud o su capacidad para funciones físicas se verían seriamente afectadas si aplicamos los plazos estándar.

Si su médico u otro profesional que receta nos informa que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, la aprobamos y se la damos. Le enviamos una carta para informárselo.

- Si pide una decisión de cobertura rápida sin el respaldo de su médico u otro profesional que receta, nosotros decidimos si le corresponde o no una decisión de cobertura rápida.
- Si determinamos que su afección médica no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, aplicaremos los plazos estándar.
 - Le enviamos una carta para informárselo. En la carta también se explica cómo presentar una queja sobre nuestra decisión.
 - Puede presentar una queja rápida y recibir una respuesta dentro de 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Si aplicamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud. Si usted pide una excepción, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de apoyo de su médico. Le damos la respuesta antes si su salud lo requiere.



- Si no cumplimos con este plazo, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que lo revise una IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener más información sobre una Apelación de Nivel 2.
- Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le otorgamos la cobertura en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración de apoyo de su médico.
- Si **negamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta con los motivos. En la carta también se explica cómo presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que no recibió

- Si aplicamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud. Si usted pide una excepción, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de apoyo de su médico. Le damos la respuesta antes si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que lo revise una IRO.
- Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le otorgamos la cobertura en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud o la declaración de apoyo de su médico para una excepción.
- Si **negamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta con los motivos. En la carta también se explica cómo presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que lo revise una IRO.
- Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le reembolsamos en un plazo de 14 días calendario.
- Si **negamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta con los motivos. En la carta también se explica cómo presentar una apelación.

G5. Hacer una Apelación de Nivel 1

Una apelación a nuestro plan acerca de una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare se denomina “**redeterminación**” del plan.

- Comience su **apelación estándar o rápida** y, para ello, llame al 866-432-0001, escríbanos o envíenos un fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que receta) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información relacionada con su apelación.
- Debe solicitar una apelación en **un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

- Si no cumple con el plazo y tiene una buena razón para hacerlo, podemos darle más tiempo para presentar la apelación. Una buena razón es, por ejemplo, que tuvo una enfermedad grave o que le brindamos información incorrecta sobre el plazo. Explique el motivo del retraso cuando presente la apelación.
- Tiene el derecho de pedirnos una copia gratuita de la información de su apelación. Usted y su médico pueden brindarnos más información para apoyar su apelación.

Si su salud lo requiere, pida una apelación rápida.

Una apelación rápida también se denomina “**reconsideración acelerada**”.

- Si usted apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que no recibió, usted y su médico u otro profesional que receta deciden si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para una apelación rápida son los mismos que para una decisión de cobertura rápida. Consulte la **Sección G4** para obtener más información.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Revisamos su apelación y analizamos cuidadosamente toda la información sobre su solicitud de cobertura.
- Comprobamos si estábamos siguiendo las reglas cuando dijimos que **no** a su solicitud.
- Podemos comunicarnos con usted o con su médico u otro profesional que receta para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida en el Nivel 1

- Si aplicamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su apelación.
 - Le damos la respuesta antes si su salud lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En ese caso, la revisa una IRO. Consulte la Sección G6 para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.
- Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud, debemos otorgar la cobertura aprobada en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- Si **negamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta en la que se explican los motivos y se le indica cómo puede apelar.

Plazos para una apelación estándar en el Nivel 1

- Si aplicamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación por un medicamento que no recibió.
- Le damos nuestra decisión antes si usted no recibió el medicamento y su afección de salud lo requiere. Si considera que su salud lo requiere, pida una apelación rápida.



- Si no le damos una decisión en un plazo de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En ese caso, la revisa una IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.

Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud:

- Debemos **otorgar la cobertura** que aceptamos tan pronto como lo requiera su salud, pero **no después de 7 días calendario** desde que recibimos su apelación.
- Debemos **enviarle el reembolso** por un medicamento que compró **en un plazo de 30 días calendario** desde que recibimos su apelación.

Si **negamos** una parte o la totalidad de su solicitud:

- Le enviamos una carta en la que se explican los motivos y se le indica cómo puede apelar.
- Debemos darle nuestra respuesta sobre el reembolso de un medicamento que compró **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su apelación.
 - Si no le damos una decisión en un plazo de 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En ese caso, la revisa una IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.
- Si **aceptamos** parte o la totalidad de su solicitud, debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de recibir su solicitud.
- Si **negamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta en la que se explican los motivos y se le indica cómo puede apelar.

G6. Hacer una Apelación de Nivel 2

Si **negamos** su apelación de Nivel 1, puede aceptar nuestra decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, utilizará el proceso de Apelación de Nivel 2. La **IRO** revisa nuestra decisión cuando le **negamos** su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar nuestra decisión.

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” (IRO) es la “**Entidad de Revisión Independiente**”, a veces llamada “**IRE**”.

Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted, su representante o su médico u otro profesional que receta deben comunicarse **por escrito** con la IRO y solicitar una revisión de su caso.

- Si **rechazamos** su Apelación de Nivel 1, la carta que le enviamos incluye **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** ante la IRO. Mediante las instrucciones se explica quién puede presentar la Apelación de Nivel 2, qué plazos debe cumplir y cómo comunicarse con la organización.
- Cuando usted presenta una apelación ante la IRO, enviamos la información que tenemos sobre su apelación a la organización. Esta información se conoce como su “expediente”. **Usted tiene el derecho a tener una copia gratuita de su expediente del caso.**
- Usted tiene derecho a entregar a la IRO información adicional para respaldar su apelación.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

La IRO revisa su Apelación de Nivel 2 de la Parte D de Medicare y le da una respuesta por escrito. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre la IRO.

Plazos para una apelación rápida en el Nivel 2

Si su salud lo requiere, pida a la IRO una apelación rápida.

- Si la IRO acepta una apelación rápida, debe darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.
- Si **acepta** una parte o la totalidad de su solicitud, debemos otorgar la cobertura aprobada del medicamento **en un plazo de 24 horas** después de recibir la decisión de la IRO.

Plazos para una apelación estándar en el Nivel 2

Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la IRO debe darle una respuesta:

- **En un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación por un medicamento que no recibió.
- **En un plazo de 14 días calendario** después de recibir su apelación por el reembolso de un medicamento que compró.

Si la IRO **acepta** una parte o la totalidad de su solicitud:

- Debemos proporcionar la cobertura aprobada de medicamentos **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de la IRO.
- Debemos reembolsarle un medicamento que compró en un plazo de 30 días calendario después de recibir la decisión de la IRO.
- Si la IRO **niega** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se conoce como “defender la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la IRO **niega** su apelación de Nivel 2, usted tiene derecho a una Apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita alcanza un monto mínimo requerido. Si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita es menor que el monto mínimo requerido, no puede presentar otra apelación. En ese caso, la decisión de la Apelación de Nivel 2 es definitiva. La IRO le envía una carta en la que se indica el monto mínimo necesario para continuar con una Apelación de Nivel 3.

Si el valor en dólares de su solicitud cumple con el requisito, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2.
- Si la IRO **niega** su Apelación de Nivel 2 y usted cumple con el requisito para continuar el proceso de apelaciones, usted:
 - Decide si desea presentar una Apelación de Nivel 3.
 - Consulta la carta que la IRO le envió después de su Apelación de Nivel 2 para conocer los detalles sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 3.

Un ALJ o un abogado adjudicador se encarga de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.



H. Solicitud para que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada

Cuando usted realiza el proceso de admisión en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios que cubrimos y que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura hospitalaria de nuestro plan, consulte el **Capítulo 4** de este *Manual para Afiliados*.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajan con usted con el fin de prepararse para el día en que salga del hospital. También lo ayudan a organizar el cuidado que pueda necesitar después de irse.

- El día que se va del hospital se denomina “fecha de alta”.
- Su médico o el personal del hospital le dirán cuál es su fecha de alta.

Si cree que le piden salir del hospital demasiado pronto o tiene inquietudes sobre su cuidado después del alta, puede pedir permanecer más tiempo en el hospital. En esta sección, se explica cómo hacerlo.

H1. Aprender sobre sus derechos de Medicare

Dentro de los dos días posteriores a su admisión en el hospital, alguien del hospital, como un profesional de enfermería o un trabajador social, le dará un aviso por escrito llamado “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos”. Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso cada vez que las admiten en un hospital.

Si no recibe el aviso, pídalo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Afiliados a los números que aparecen al final de la página. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- **Lea este aviso** con atención y haga preguntas si no lo entiende. En el aviso, se mencionan sus derechos como paciente hospitalario, incluidos los siguientes:
 - Recibir servicios cubiertos por Medicare durante su hospitalización y después de ella. Usted tiene derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede recibirlos.
 - Participar en cualquier decisión sobre la duración de su hospitalización.
 - Saber dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su cuidado en el hospital.
 - Apelar si considera que le dan el alta hospitalaria demasiado pronto.
- **Firme el aviso** para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.
 - Usted o alguien que actúe en su nombre puede firmar el aviso.
 - Firmar el aviso **solo** demuestra que recibió la información sobre sus derechos. Firmarlo **no** significa que esté de acuerdo con una fecha de alta que su médico o el personal del hospital le hayan indicado.
- **Guarde su copia** del aviso firmado para tener la información si la necesita.

Si firma el aviso más de dos días antes del día del alta hospitalaria, recibirá otra copia antes del alta.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

Puede revisar una copia del aviso con anticipación de las siguientes maneras:

- Llamando a Servicios para Afiliados a los números que aparecen al final de la página.
- Llamando a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

H2. Hacer una Apelación de Nivel 1

Para pedirnos que cubramos sus servicios de hospitalización como paciente internado por más tiempo, presente una apelación. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) revisa la Apelación de Nivel 1 para determinar si la fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

La QIO es un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que paga el Gobierno federal. Estos expertos verifican y ayudan a mejorar la calidad del cuidado para las personas con Medicare. No forman parte de nuestro plan.

En South Carolina, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) es Acentra Health. Llame al 1-888-317-0751, TTY: 711. La información de contacto también aparece en el aviso “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos” y en el **Capítulo 2**.

Llame a la QIO antes de salir del hospital y, a más tardar, en su fecha de alta planificada.

- **Si llama antes de irse**, puede permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada sin pagar por ello mientras espera la decisión de la QIO sobre su apelación.
- **Si no llama para apelar** y decide quedarse en el hospital después de su fecha de alta planificada, es posible que tenga que pagar todos los costos del cuidado hospitalario que reciba después de esa fecha.

Pida ayuda si la necesita. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:

- Llame a Servicios para Afiliados a los números que aparecen al final de la página.
- Llame al (I-CARE) Asesoramiento de Seguros y Referidos para Ancianos al 800-868-9095, TTY: 711.

Pida una revisión rápida. Actúe rápidamente y comuníquese con la QIO para solicitar una revisión rápida de su alta hospitalaria.

El término legal para la “revisión rápida” es “revisión inmediata” o “revisión acelerada”.

Qué sucede durante esta revisión rápida

- Los revisores de la QIO le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debe continuar después de la fecha de alta planificada. No está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo si lo desea.



- Los revisores analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nuestro plan les entregamos.
- Al mediodía del día siguiente a que los revisores informen a nuestro plan sobre su apelación, usted recibirá una carta con su fecha de alta planificada. En la carta también se explica por qué su médico, el hospital y nosotros creemos que esa es la fecha de alta médicamente apropiada para usted.

El término legal para esta explicación escrita es el “**Aviso Detallado de Alta**”. Puede obtener un ejemplo llamando a Servicios para Afiliados a los números que aparecen al final de la página o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede consultar un ejemplo de aviso en el sitio web www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

En un plazo de un día completo después de recibir toda la información necesaria, la QIO le dará su respuesta a la apelación.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- le proporcionaremos sus servicios de hospitalización cubiertos como paciente internado durante el tiempo que sean necesarios por razones médicas.

Si la QIO **niega** su apelación:

- Consideran que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada.
- Nuestra cobertura para sus servicios de hospitalización como paciente internado terminará al mediodía del día después de que la QIO le dé su respuesta a la apelación.
- Es posible que deba pagar el costo total del cuidado hospitalario que recibe después del mediodía del día después de que la QIO le haya dado la respuesta a su apelación.
- Puede presentar una Apelación de Nivel 2 si la QIO rechaza su Apelación de Nivel 1 y permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada.

H3. Hacer una Apelación de Nivel 2

Para una Apelación de Nivel 2, pida a la QIO que vuelva a analizar la decisión que tomó en su Apelación de Nivel 1. Llame al 1-888-317-0751, TTY: 711 de 9 a.m. a 5 p.m. de lunes a viernes y de 11 a.m. a 3 p.m. los sábados, domingos y días festivos. También puede dejar un mensaje en cualquier momento.

Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** posteriores al día en que la QIO **negó** su Apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión **solo** si permanece en el hospital después de la fecha de finalización de la cobertura para el cuidado.

Los revisores de la QIO:

- Volverán a analizar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le informarán su decisión sobre la Apelación de Nivel 2 en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de segunda revisión.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es-www.humana.com.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- debemos reembolsarle los costos de cuidado hospitalario desde el mediodía del día después de la fecha en que la QIO rechazó su Apelación de Nivel 1;
- le proporcionaremos sus servicios de hospitalización cubiertos como paciente internado durante el tiempo que sean necesarios por razones médicas.

Si la QIO **niega** su apelación:

- confirman su decisión sobre la Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán;
- le enviarán una carta en la que se indica qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar una Apelación de Nivel 3.

Un ALJ o un abogado adjudicador se encarga de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

I. Solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos

Esta sección se aplica únicamente a tres tipos de servicios que usted puede estar recibiendo:

- servicios de cuidado de la salud en el hogar,
- cuidado de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada y
- cuidado de rehabilitación como paciente ambulatorio en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) aprobado por Medicare. Generalmente, esto significa que recibe tratamiento por una enfermedad o accidente o que se está recuperando de una operación importante.

Con cualquiera de estos tres tipos de servicios, usted tiene derecho a recibir servicios cubiertos mientras su médico indique que los necesita.

Cuando decidimos dejar de cubrir alguno de estos servicios, debemos informárselo **antes** de que termine. Cuando termina su cobertura para ese servicio, dejamos de pagarlo.

Si considera que cancelamos la cobertura del cuidado demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección, se indica cómo solicitar una apelación.

I1. Aviso previo antes de que termine su cobertura

Le enviamos un aviso por escrito que recibirá al menos dos días antes de que dejemos de pagar por su cuidado. Esto se denomina “Aviso de No Cobertura de Medicare”. En el aviso, se indica la fecha en que dejaremos de cubrir su cuidado y cómo apelar nuestra decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso para demostrar que lo recibió. Firmar el aviso solo demuestra que recibió la información. Firmar **no** significa que usted esté de acuerdo con nuestra decisión.



I2. Hacer una Apelación de Nivel 1

Si considera que cancelamos la cobertura del cuidado demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. En esta sección, se explica el proceso de Apelación de Nivel 1 y qué hacer.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Comprenda y respete los plazos que se aplican a lo que debe hacer. Nuestro plan también debe cumplir con plazos. Si cree que no estamos cumpliendo los plazos, puede presentar una queja. Consulte la Sección K para obtener más información sobre las quejas.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:
 - Llame a Servicios para Afiliados a los números que aparecen al final de la página.
 - Llame al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP), conocido como I-CARE en South Carolina, al 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- **Comuníquese con la QIO.**
 - Consulte la **Sección H2** de este *Manual para Afiliados* o consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener más información sobre la QIO y cómo comunicarse con ellos.
 - Pídale que revise su apelación y que decida si hay que cambiar la decisión de nuestro plan.
- **Actúe rápido y solicite una “apelación rápida”.** Pregúntele a la QIO si es médicamente apropiado que terminemos la cobertura de sus servicios médicos.

Plazo para comunicarse con esta organización

- Debe comunicarse con la QIO para iniciar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia indicada en el “Aviso de No Cobertura de Medicare” que le enviamos.

El término legal para el aviso escrito es “**Aviso de No Cobertura de Medicare**”. Para obtener un ejemplo, llame a Servicios para Afiliados a los números que aparecen al final de la página o a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener una copia en el sitio web www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Qué ocurre durante una apelación rápida

- Los revisores de la QIO le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debe continuar. No está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que nuestro plan les entregó.
- Nuestro plan también le envía un aviso por escrito en el que se explican las razones por las cuales ponemos fin a la cobertura de sus servicios. Usted recibe el aviso al final del día en que los revisores nos informan sobre su apelación.

El término legal para la explicación del aviso es “**Explicación Detallada de No Cobertura**”.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es-www.humana.com.

- Los revisores le informan su decisión en un plazo de un día completo después de recibir toda la información que necesitan.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Le proporcionaremos sus servicios cubiertos durante el tiempo que sean necesarios por razones médicas.

Si la QIO **niega** su apelación:

- Su cobertura termina en la fecha que le informamos.
- Dejamos de pagar los costos de este cuidado en la fecha indicada en el aviso.
- Usted paga el costo total de este cuidado si decide continuar con el cuidado de la salud en el hogar, el cuidado en un centro de enfermería especializada o los servicios de CORF después de la fecha en que terminó su cobertura.
- Usted decide si quiere continuar con estos servicios y presentar una Apelación de Nivel 2.

I3. Hacer una Apelación de Nivel 2

Para una Apelación de Nivel 2, pida a la QIO que vuelva a analizar la decisión que tomó en su Apelación de Nivel 1. Llame al 1-888-317-0751, TTY: 711, de 9 a.m. a 5 p.m. de lunes a viernes y de 11 a.m. a 3 p.m. los sábados, domingos y días festivos. También puede dejar un mensaje en cualquier momento.

Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** posteriores al día en que la QIO **negó** su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solo** si recibió cuidado durante el tiempo siguiente a la fecha de finalización de su cobertura.

Los revisores de la QIO:

- Volverán a analizar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le informarán su decisión sobre la Apelación de Nivel 2 en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de segunda revisión.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Le reembolsaremos los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que le informamos que su cobertura terminaría.
- Le proporcionaremos cobertura para el cuidado mientras sea necesario por razones médicas.

Si la QIO **niega** su apelación:

- La organización está de acuerdo con nuestra decisión de finalizar su cuidado y no la cambiará.
- le enviarán una carta en la que se indica qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar una Apelación de Nivel 3.

Un ALJ o un abogado adjudicador se encarga de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.



J. Llevar la apelación más allá del Nivel 2

J1. Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medicare

Si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 para servicios o artículos de Medicare y ambas fueron rechazadas, es posible que tenga derecho a niveles adicionales de apelación.

Si el valor en dólares del servicio o artículo de Medicare que apeló no alcanza un monto mínimo requerido, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es suficiente, puede continuar con el proceso de apelaciones. En la carta que recibe de la IRO sobre su Apelación de Nivel 2 se explica a quién contactar y qué hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia con un ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado adjudicador que trabaja para el Gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado adjudicador **acepta** su apelación, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que le sea favorable.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviamos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4 con los documentos correspondientes. Podemos esperar la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio en disputa.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del ALJ o del abogado adjudicador.
 - Si el ALJ o el abogado adjudicador **niegan** su apelación, existe la posibilidad de que el proceso de apelaciones continúe.
- Si usted decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le dirá qué hacer para presentar una Apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisa la apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del Gobierno federal.

Si el Consejo **acepta** su apelación de Nivel 4 o rechaza nuestra solicitud de revisión de una decisión de Apelación de Nivel 3 que le favorece, tenemos derecho a apelar al Nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, se lo informaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

Si el Consejo dice que **no** o niega nuestra solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelaciones no termine.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba se le dirá si puede presentar una Apelación de Nivel 5 y cómo hacerlo.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal del Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá si **Sí** o si **No**. Esta es la decisión final. No existen más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

J2. Apelaciones adicionales de Healthy Connections de Medicaid

También tiene otros derechos de apelación si la apelación está relacionada con servicios o artículos por los que Healthy Connections de Medicaid ofrece cobertura en general. Mediante la carta que recibe de la División de Audiencias y Apelaciones, se le informará qué hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

Si usted hizo una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 para servicios o artículos de Healthy Connections de Medicaid, y ambas apelaciones fueron rechazadas, usted tiene derecho a niveles adicionales de apelación. Si tiene preguntas después de su Apelación de Nivel 2, comuníquese con el mediador al 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Este defensor le explicará sus opciones y siempre actuará de la forma que más le convenga a usted.

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia en el Tribunal de Derecho Administrativo (ALC, por sus siglas en inglés). Si desea una audiencia del ALC, comience completando el formulario “Solicitud de Audiencia de Caso Contestado” disponible en www.scalc.net/pub/pubRequestForContestedCaseHearing.pdf. Debe enviar este formulario en un plazo de 30 días calendario a partir de la fecha en que se le notificó la decisión de Nivel 2. Hay un cargo de \$25 por la apelación. Si no puede pagar el cargo, puede presentar una “Solicitud de Exención de Cargo de Presentación”. Este formulario se puede encontrar en www.scalc.net/pub/pubRequestToWaiveFilingFee.pdf.

Si usted está apelando una decisión de Nivel 2 tomada mediante audiencia, usted será responsable del costo de hacer una transcripción de la audiencia. Una transcripción es un registro escrito de la audiencia. El costo de la transcripción es de aproximadamente \$16 por cada hora que el transcriptor pasa escribiendo la transcripción.

Las reglas para apelar al ALC se encuentran en www.scalc.net/rules.aspx. Si no sigue las reglas, su apelación puede rechazarse.

J3. Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones se rechazaron.



Si el valor del medicamento por el cual apeló cumple con cierto monto en dólares, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. En la respuesta por escrito que recibe a la Apelación de Nivel 2 se explica con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia con un ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado adjudicador que trabaja para el Gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado adjudicador **acepta** su apelación:

- El proceso de apelación se termina.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada en un plazo de 72 horas (o 24 horas para una apelación acelerada) o hacer el pago dentro de los 30 días calendario posteriores al momento que recibimos la decisión.

Si el ALJ o el abogado adjudicador **niegan** su apelación, existe la posibilidad de que el proceso de apelaciones continúe.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le dirá qué hacer para presentar una Apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del Gobierno federal.

Si el Consejo **acepta** su apelación:

- El proceso de apelación se termina.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada en un plazo de 72 horas (o 24 horas para una apelación acelerada) o hacer el pago dentro de los 30 días calendario posteriores al momento que recibimos la decisión.

Si el Consejo **rechaza** su apelación o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, existe la posibilidad de que el proceso de apelación continúe.

- Si decide **aceptar** la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones se termina.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba se le dirá si puede presentar una Apelación de Nivel 5 y cómo hacerlo.



Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá **sí o no**. Esta es la decisión final. No existen más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

K. Cómo presentar una queja

K1. Qué tipo de problemas deben ser quejas

El proceso de quejas se utiliza solo para ciertos tipos de problemas, como problemas de calidad del cuidado, tiempos de espera, coordinación del cuidado y servicio al cliente. A continuación, se muestran ejemplos de los tipos de problemas que se tratan en el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad del cuidado médico	• No está contento con la calidad del cuidado, como el cuidado que recibió en el hospital.
Respeto a su privacidad	• Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial sobre usted.
Falta de respeto, mala atención al cliente u otros comportamientos negativos	• Un proveedor o personal de cuidado de la salud fue grosero o irrespetuoso con usted. • Nuestro personal lo trató mal. • Usted cree que se lo está expulsando de nuestro plan.
Accesibilidad y asistencia lingüística	• No puede acceder físicamente a los servicios e instalaciones de cuidado de la salud en el consultorio de un médico o proveedor. • Su médico o proveedor no proporciona un intérprete para el idioma que usted habla, que no es inglés (como la lengua de señas estadounidense o el español). • Su proveedor no le da otras adaptaciones razonables que usted necesita y solicita.
Tiempos de espera	• Tiene problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado tiempo para conseguirla. • Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, Servicios para Afiliados u otro personal del plan lo hacen esperar demasiado tiempo.
Limpieza	• Cree que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.
Información que obtiene de nosotros	• Cree que no le proporcionamos un aviso o carta que debería haber recibido. • Cree que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender.



Queja	Ejemplo
Puntualidad relacionada con decisiones o apelaciones sobre la cobertura	• Cree que no cumplimos con nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación. • Cree que, después de obtener una decisión de cobertura o apelación a su favor, no cumplimos con los plazos para aprobar, darle el servicio o reembolsarle ciertos servicios médicos. • Usted no cree que enviamos su caso a la IRO a tiempo.

Hay diferentes tipos de quejas. Puede presentar una queja interna y/o externa. Una queja interna se presenta ante nuestro plan y este la revisa. Una queja externa se presenta ante una organización no afiliada a nuestro plan y esta la revisa. Si necesita ayuda para presentar una queja interna y/o externa, puede llamar al 866-432-0001 (TTY: 711).

El término legal para una “queja” es una **“queja formal”**.

El término formal para “realizar una queja” es **“presentar una queja formal”**.

K2. Quejas internas

Con el fin de presentar una queja interna, llame a Servicios para Afiliados al 866-432-0001. Puede realizar la queja en cualquier momento, a menos que se trate de un medicamento de la Parte D de Medicare. Si la queja es sobre un medicamento de la Parte D de Medicare, debe realizarla **dentro de los 60 días calendario** después de haber tenido el problema del que desea quejarse.

- Si necesita hacer algo más, los Servicios para Afiliados se lo informarán.
- También puede escribir su queja y enviárnosla. Si presenta la queja por escrito, responderemos a ella por escrito.

El término legal para “queja rápida” es **“queja formal acelerada”**.

Si es posible, le respondemos de inmediato. Si nos llama con una queja, tal vez podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su afección de salud requiere que respondamos rápidamente, lo haremos.

- Respondemos la mayoría de las quejas en un plazo de 30 días calendario. Si no tomamos una decisión dentro de los 30 días calendario porque necesitamos más información, le notificaremos por escrito. También proporcionamos una actualización de estado y un tiempo estimado para que obtenga la respuesta.
- Si realiza una queja porque le rechazamos una solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le daremos una “queja rápida” y le responderemos su queja en un plazo de 24 horas.
- Si realiza una queja porque nos tomamos tiempo adicional para tomar una decisión de cobertura o apelar, le brindaremos automáticamente una “queja rápida” y le responderemos su queja en un plazo de 24 horas.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

Si no estamos de acuerdo con una parte o la totalidad de su queja, le informaremos y le explicaremos nuestras razones. Respondemos si estamos de acuerdo con la queja o no.

K3. Quejas externas

Medicare

Puede informar a Medicare sobre su queja o enviarla a Medicare. El Formulario de Quejas de Medicare está disponible en: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. No es necesario presentar una queja ante Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) antes de presentarla ante Medicare.

Medicare toma sus quejas en serio y usa esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene alguna otra opinión o inquietud, o si cree que el plan de salud no está abordando su problema, también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

El mediador

Puede llamar al mediador para informarle sobre su queja. Este mediador no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El número de teléfono del mediador es 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Esta llamada y los servicios son gratuitos.

Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés)

Puede presentar una queja ante la OCR del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) si considera que no se lo trató de manera justa. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre la accesibilidad para personas con discapacidad o la asistencia lingüística. El número de teléfono de la OCR es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. Puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

También puede comunicarse con la oficina local de la OCR a través de las siguientes opciones:

SC Department of Health & Human Services
Office of Civil Rights & Privacy
1801 Main Street PO Box 8206
Columbia, South Carolina 29202
Número de teléfono: 888-808-4238, TTY: 888-842-3620
Enviar un correo electrónico: civilrights@scdhhs.gov

También puede tener derechos en virtud de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés) y en virtud de la ley estatal. Puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles y Privacidad del Departamento de Salud y Servicios Humanos de SC al 888-808-4238, TTY: 888-842-3620.



QIO

Cuando su queja está relacionada con la calidad del cuidado, las dos opciones que tiene son las siguientes:

- Puede presentar su queja sobre la calidad del cuidado directamente a la QIO.
- Puede presentar su queja a la QIO y a nuestro plan. Si presenta una queja ante la QIO, trabajamos con ellos para resolver su queja.

La QIO es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en el cuidado de la salud pagados por el Gobierno federal para revisar y mejorar el cuidado que reciben los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la QIO, consulte la **Sección H2** o consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para Afiliados*.

En South Carolina, la QIO se llama Acentra Health. El número de teléfono de Acentra Health es 1-888-317-0751. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.



Capítulo 10: Finalización de la afiliación a nuestro plan

Introducción

En este capítulo, se explica cómo puede finalizar su afiliación a nuestro plan y sus opciones de cobertura médica después de cancelar su afiliación a nuestro plan. Si abandona nuestro plan, seguirá estando en los programas Medicare y Healthy Connections de Medicaid, siempre y cuando sea elegible. Los términos clave y sus definiciones se muestran en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para Afiliados*.

Índice

A. ¿Cuándo puede finalizar la afiliación a nuestro plan?	213
B. ¿Cómo finalizar su afiliación a nuestro plan?	214
C. Cómo obtener los servicios de Medicare y Healthy Connections de Medicaid por separado	215
C1. Sus servicios de Medicare	215
C2. Sus servicios de Healthy Connections de Medicaid	218
D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que finalice su afiliación a nuestro plan. ...	218
E. Otras situaciones en las que finaliza su afiliación a nuestro plan	219
F. Reglas en contra de solicitarle que cancele nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud	220
G. Su derecho de presentar una queja si terminamos su afiliación a nuestro plan	220
H. Cómo obtener más información sobre la finalización de su afiliación al plan	220

A. Cuándo puede cancelar su afiliación a nuestro plan

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su afiliación durante ciertas épocas del año. Debido a que también tiene Healthy Connections de Medicaid, puede cancelar su afiliación a nuestro plan durante cualquier mes del año.

Además, las reglas de Medicare significan que usted puede cancelar o cambiar su afiliación a nuestro plan durante los siguientes períodos cada año:

- El **Período de Inscripción Abierta**, que dura desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este período, su afiliación a nuestro plan finalizará el 31 de diciembre y su afiliación al nuevo plan comenzará el 1 de enero.



- El **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA)**, que dura desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo. También para los nuevos beneficiarios de Medicare que están afiliados a un plan, desde el mes en que tienen derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes en el que tienen derecho. Si elige un nuevo plan durante este período, su afiliación al nuevo plan comenzará el primer día del mes siguiente.

Puede haber otras situaciones en las que sea elegible para hacer un cambio en su afiliación. Por ejemplo, cuando ocurre lo siguiente:

- Se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Su elegibilidad para Healthy Connections de Medicaid o Ayuda Adicional cambió. **O**
- Se mudó recientemente, actualmente recibe cuidado médico o acaba de irse de un centro de enfermería o de un hospital de cuidado a largo plazo.

Su afiliación finaliza el último día del mes en que recibimos la solicitud para cambiar de plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura con nuestro plan finalizará el 31 de enero. Su nueva cobertura comienza el primer día del mes siguiente (el 1 de febrero en este ejemplo).

Si cancela nuestro plan, podrá obtener información sobre lo siguiente:

- Las opciones de Medicare en la tabla de la **Sección C1**.
- Los servicios de Medicaid en la **Sección C2**.

Puede obtener más información sobre cómo cancelar su afiliación llamando a:

- Los Servicios para Afiliados al número de teléfono que se encuentra en la parte inferior de esta página. El número para los usuarios de TTY también aparece en la lista.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Healthy Connections Choices de South Carolina al 1-877-552-4642, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-552-4670.
- El Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP), I-CARE, al 1-800-868-9095, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

B. Cómo cancelar su afiliación a nuestro plan

Si decide cancelar su afiliación, puede afiliarse a otro plan de Medicare o cambiar a Medicare Original. Sin embargo, si desea cambiar de nuestro plan a Medicare Original, pero no seleccionó un plan de medicamentos de Medicare independiente, deberá solicitar que se le cancele la afiliación a nuestro plan. Hay dos formas de solicitar la cancelación de la afiliación:

- Puede hacernos una solicitud por escrito. Comuníquese con los Servicios para Afiliados al número que se encuentra en la parte inferior de esta página si necesita más información sobre cómo hacer esto.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

- Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY (personas que tienen dificultades de audición o habla) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llama al 1-800-MEDICARE, también puede afiliarse a otro plan de salud o medicamentos de Medicare. En la tabla de la página 173, hay más información sobre cómo obtener sus servicios de Medicare cuando cancele nuestro plan.
- Llame a Healthy Connections Choices de South Carolina al 1-877-552-4642, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-552-4670. Dígales que desea cancelar el plan Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) e inscribirse a uno diferente. Si no está seguro de qué plan quiere contratar, ellos pueden informarle sobre otros planes disponibles en su área. En la Sección C a continuación, se incluyen los pasos que puede tomar para afiliarse a un plan diferente, lo que también terminará con su afiliación a nuestro plan.

C. Cómo obtener los servicios de Medicare y Healthy Connections de Medicaid por separado

Usted tiene diferentes opciones para obtener sus servicios de Medicare y Medicaid si decide cancelar nuestro plan.

C1. Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones, que se enumeran a continuación, para obtener sus servicios de Medicare en cualquier mes del año. Usted tiene una opción adicional que se indica a continuación durante ciertas épocas del año, incluidos el **Período de Inscripción Abierta** y el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección A**. Si elige una de estas opciones, finalizará automáticamente su afiliación a nuestro plan.



1. Puede cambiar al siguiente plan:

Otro plan que proporciona los beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o todos los beneficios y servicios de Healthy Connections de Medicaid en un solo plan, también conocido como un plan integrado de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (D-SNP, por sus siglas en inglés) o un plan del Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE, por sus siglas en inglés), si usted es elegible.

Lo siguiente es lo que se debe hacer:

Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Para obtener información sobre el PACE, llame a Healthy Connections de Medicaid al 1-888-549-0820. Esta llamada es gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-842-3620. También puede ir a www.scdhhs.gov/providers/managed-care/program-all-inclusive-care-elderly-pace/members. Si necesita ayuda o más información, debe hacer lo siguiente:

- Después de comunicarse con Medicare sobre el cambio de planes, Medicare trabajará con Healthy Connections de Medicaid para realizar el cambio. Para obtener más información sobre este proceso, puede llamar a Healthy Connections Choices de South Carolina al 1-877-552-4642, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-552-4670.
- Llame al programa SHIP, I-CARE, al 1-800-868-9095, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

O BIEN

Afiliarse a un nuevo D-SNP integrado.

Se cancelará automáticamente su afiliación a nuestro plan de Medicare cuando comience la cobertura del nuevo plan.



2. Puede cambiar al siguiente plan: Medicare Original con un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado	Lo siguiente es lo que se debe hacer: Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información, debe hacer lo siguiente: • Llame al programa SHIP, I-CARE, al 1-800-868-9095, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. O BIEN Afiliarse a un nuevo plan de medicamentos de Medicare. Se cancelará automáticamente su afiliación a nuestro plan cuando comience su cobertura de Medicare Original. Continuará recibiendo los servicios de Medicaid correspondientes a través de la misma empresa que ofrece su plan actual.
3. Puede cambiar al siguiente plan: Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Si cambia a Medicare Original y no se afilia a un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede afiliarlo a un plan de medicamentos, a menos que le informe a Medicare que no quiere afiliarse. Solo debe dejar la cobertura de medicamentos si tiene una cobertura de medicamentos de otra fuente, como de un empleador o sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura para medicamentos, llame a I-CARE al 1-800-868-9095, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.	Lo siguiente es lo que se debe hacer: Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información, debe hacer lo siguiente: • Llame al programa SHIP, I-CARE, al 1-800-868-9095, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. Se cancelará automáticamente su afiliación a nuestro plan cuando comience su cobertura de Medicare original. Continuará recibiendo los servicios de Medicaid correspondientes a través de la misma empresa que ofrece su plan actual.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es-www.humana.com**.

4. Puede cambiar al siguiente plan: Cualquier plan de salud de Medicare durante ciertas épocas del año, incluidos el Período de Inscripción Abierta y el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage u otras situaciones descritas en la Sección A.	Lo siguiente es lo que se debe hacer: Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para obtener información sobre el PACE, llame a Healthy Connections de Medicaid al 1-888-549-0820. Esta llamada es gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-842-3620. También puede ir a www.scdhhs.gov/providers/managed-care/program-all-inclusive-care-elderly-pace/members. Si necesita ayuda o más información, debe hacer lo siguiente: • Llame al programa SHIP, I-CARE, al 1-800-868-9095, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. O BIEN Afiliarse a un nuevo plan de Medicare. Se cancelará automáticamente su afiliación a nuestro plan de Medicare cuando comience la cobertura del nuevo plan. Continuará recibiendo los servicios de Medicaid correspondientes a través de la misma empresa que ofrece su plan actual.
---	--

C2. Sus servicios de Healthy Connections de Medicaid

Si abandona nuestro plan, obtendrá los servicios de Healthy Connections de Medicaid a través de un plan de cuidado médico administrado diferente de Healthy Connections de nuestra empresa. Esto se denomina plan de salud “alineado”.

Sus servicios de Healthy Connections de Medicaid incluirán servicios cubiertos por el plan estatal de South Carolina, incluido el cuidado de la salud conductual.

D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que finalice su afiliación a nuestro plan

Si abandona nuestro plan, es posible que pase tiempo antes de que termine su afiliación y comience su nueva cobertura de Medicare y Healthy Connections de Medicaid. Durante este tiempo, seguirá recibiendo sus medicamentos y cuidado de la salud a través de nuestro plan hasta que comience su nuevo plan.

- Utilice los proveedores de nuestra red para recibir cuidado médico.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es-www.humana.com.

- Utilice nuestras farmacias de la red, incluso a través de nuestros servicios de farmacia de pedido por correo para obtener sus medicamentos recetados.
- Si lo hospitalizan el día que termina su afiliación a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP), nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que le den el alta. Esto sucederá incluso si su nueva cobertura de salud comienza antes del alta.

E. Otras situaciones en las que finaliza su afiliación a nuestro plan

Estos son los casos en los que debemos cancelar su membresía en nuestro plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare.
- Si ya no es elegible para Healthy Connections de Medicaid. Nuestro plan está destinado a personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio por más de seis meses.
 - Si se muda o hace un viaje largo, llame a los Servicios para Afiliados a fin de averiguar si el lugar al que se está mudando o al que viaja está en el área de servicio de nuestro plan. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener información sobre cómo recibir cuidado a través de nuestros beneficios para visitantes o viajeros cuando esté lejos del área de servicio de nuestro plan.
- Si debe ir la cárcel o prisión por un delito penal.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tiene para medicamentos.
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
 - Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente presente en los Estados Unidos para poder ser un afiliado de nuestro plan.
 - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) nos notifican si usted no es elegible para seguir siendo afiliado según este principio.
 - Debemos cancelar su afiliación si no cumple con este requisito.

Si se encuentra dentro del período de 6 meses considerado como elegibilidad continua de nuestro plan, seguiremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, no continuaremos cubriendo los beneficios de Healthy Connections de Medicaid que se incluyen bajo el Plan Estatal de Medicaid correspondiente, ni pagaremos las primas de Medicare o los costos compartidos de los cuales el estado sería responsable si no hubiera perdido su elegibilidad de Medicaid. La cantidad que usted paga por los servicios cubiertos por Medicare puede aumentar durante este período.

No podemos obligarlo a terminar nuestro plan por las siguientes razones, a menos que obtengamos el permiso de Medicare y Healthy Connections de Medicaid primero:



- Si, de manera intencional, nos da información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si, con regularidad, se comporta de una manera que es perturbadora y hace que sea difícil proveer cuidado médico para usted y otros afiliados de nuestro plan.
- Si deja que otra persona use su tarjeta de identificación de afiliado para obtener cuidado médico. (Medicare puede pedirle al Inspector General que investigue su caso si finalizamos su afiliación por esta razón).

F. Reglas en contra de solicitarle que cancele nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud

No podemos pedirle que cancele nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud. Si cree que le pedimos que cancele nuestro plan por algún motivo relacionado con la salud, **llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

G. Su derecho de presentar una queja si terminamos su afiliación a nuestro plan

Si terminamos su afiliación de nuestro plan, debemos informarle por escrito las razones para hacerlo. También debemos explicar cómo puede presentar una queja formal o presentar una queja sobre nuestra decisión de terminar su afiliación. También puede consultar el **Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener información sobre cómo presentar una queja formal.

H. Cómo obtener más información sobre la finalización de su afiliación al plan

Si tiene preguntas o desea más información sobre cómo cancelar su afiliación, puede llamar a Servicios para Afiliados al número que se encuentra en la parte inferior de esta página.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

En este capítulo, se incluyen avisos legales que se aplican en su afiliación a nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones se muestran en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para Afiliados*.

Índice

A. Aviso sobre las leyes	221
B. Aviso sobre la no discriminación	221
C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y Healthy Connections de Medicaid como pagador de último recurso	222
D. Confidencialidad del paciente y notificación sobre las prácticas de privacidad	222

A. Aviso sobre leyes

Muchas leyes se aplican a este *Manual para Afiliados*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen ni explican en este *Manual para Afiliados*. Las principales leyes que se aplican son las leyes federales sobre los programas de Medicare y Healthy Connections de Medicaid. Otras leyes federales y estatales también pueden aplicarse.

B. Aviso sobre la no discriminación

No lo discriminamos ni tratamos de manera diferente debido a su raza, origen étnico, origen nacional, color de la piel, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o el trato injusto, haga lo siguiente:

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1 800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.
- Llame a la Oficina de Derechos Civiles local. Oficina de Derechos Civiles y Privacidad del Departamento de Salud y Servicios Humanos de SC al 888-808-4238, TTY: 888-842-3620.
- Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a los servicios de cuidado de la salud o a un proveedor, llame a Servicios para Afiliados. Si tiene una queja, como un problema con el acceso a sillas de ruedas, los Servicios para Afiliados pueden ayudarle.



C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y Healthy Connections de Medicaid como pagador de último recurso

A veces, alguien más debe pagar primero por los servicios que le proporcionamos. Por ejemplo, si usted tiene un accidente automovilístico o se lesiona en el trabajo, el seguro o la Compensación Laboral deben pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos de Medicare para los cuales Medicare no es el primer pagador.

Cumplimos con las leyes y regulaciones federales y estatales relacionadas con la responsabilidad legal de terceros por los servicios de cuidado de la salud de los afiliados. Tomamos todas las medidas razonables para garantizar que Healthy Connections de Medicaid sea el pagador de último recurso.

D. Confidencialidad del paciente y notificación sobre las prácticas de privacidad

Nos aseguraremos de que toda la información, registros, datos y elementos de datos relacionados con usted, que utilicen nuestros empleados, organización, subcontratistas y socios comerciales, estén protegidos contra la divulgación no autorizada de conformidad con 305 ILCS 5/11-9, 11-10 y 11-12; 42 USC 654(26); 42 CFR Parte 431, Subparte F; y 45 CFR Parte 160 y 45 CFR Parte 164, Subpartes A y E.

Estamos obligados por ley a proporcionarle un aviso en el que se describa cómo la información de salud sobre usted puede usarse y divulgarse, y cómo usted puede obtener esta información. Revise detenidamente este Aviso sobre Prácticas de Privacidad. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Afiliados al 866-432-0001 (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 automático puede responder a su llamada fuera del horario laboral, durante los fines de semana y días festivos. Deje su nombre y número de teléfono y le devolveremos la llamada antes del final del próximo día hábil. La llamada es gratuita. Visite MyHumana.com para obtener acceso a información como el historial de reclamos, la elegibilidad y la *Lista de Medicamentos* de Humana las 24 horas del día. Allí también puede utilizar la herramienta de búsqueda de médicos para obtener noticias e información sobre salud.

Aviso sobre Prácticas de Privacidad

Para la información personal sobre su salud

EN ESTE AVISO SE DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE USARSE Y DIVULGARSE Y

CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETALLADAMENTE.

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

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, en la medida en que lo permita la ley. Esto incluye el derecho a realizar cambios en nuestras prácticas de privacidad y los términos revisados de nuestro aviso vigentes para toda la información



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es-www.humana.com.

personal y de salud que mantenemos. Esto incluye la información que creamos o recibimos antes de realizar los cambios. Cuando realicemos un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, modificaremos este aviso y enviaremos a los afiliados de nuestros planes de salud el aviso correspondiente.

¿Qué es la información personal y de salud?

La información personal y de salud, a partir de ahora denominada “información”, incluye tanto información médica como información de identificación individual, como su nombre, dirección, número de teléfono o número de Seguridad Social. El término “información” en este aviso incluye cualquier información personal y de salud que un proveedor de cuidado de la salud o plan de salud creó o recibió y que se relacione con su salud o afección física o mental, la prestación del cuidado de la salud o el pago de dicho cuidado de la salud. Protegemos esta información en todos los formatos, incluida la información electrónica, escrita y oral.

¿Cómo protegemos su información?

De acuerdo con las leyes federales y estatales, y nuestra propia política, tenemos la responsabilidad de proteger la privacidad de su información. Contamos con medidas de seguridad implementadas para proteger su información de diversas formas, entre las que se incluyen las siguientes:

- Limitamos el acceso de quiénes pueden ver su información.
- Limitamos la forma en que usamos o divulgamos su información.
- Le informamos acerca de nuestras obligaciones legales con respecto a su información.
- Capacitamos a nuestros asociados sobre las políticas y procedimientos de privacidad de la empresa.

¿Cómo usamos y divulgamos su información?

Debemos usar y divulgar su información a las siguientes personas:

- A usted o a cualquier persona que tenga derecho legal para actuar en su nombre.
- Al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos.
- Cuando lo exija la ley.

Tenemos derecho a usar y divulgar su información:

- A un médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud para que usted pueda recibir cuidado médico.
- Para actividades de pago, incluido el pago de las reclamaciones de servicios cubiertos que le proporcionaron proveedores de cuidado de la salud y el pago de las primas del plan de salud.
- Podemos divulgar su información para actividades de operación de cuidado de la salud, incluido el procesamiento de su afiliación, la respuesta a sus consultas y las solicitudes de servicios, la coordinación de su cuidado, la resolución de disputas, la ejecución de la coordinación médica, la mejora de la calidad, la revisión de la competencia de los profesionales del cuidado de la salud y la determinación de las primas.



- Podemos divulgar su información para realizar actividades de evaluación de riesgo. Sin embargo, no utilizaremos ningún resultado de pruebas genéticas ni formularemos preguntas en relación con el historial familiar.
- Al patrocinador de su plan para permitirle realizar funciones de administración del plan, como elegibilidad y actividades de afiliación y cancelación de afiliación. Podemos compartir información de salud resumida sobre usted con el patrocinador de su plan en ciertos casos; por ejemplo, para permitirle obtener ofertas de otros planes de salud. No compartiremos información médica detallada con el patrocinador de su plan, a menos que nos proporcione su permiso o que el patrocinador de su plan haya certificado que está de acuerdo en mantener la privacidad de su información.
- Para comunicarnos con usted y brindar información sobre beneficios y servicios relacionados con la salud, recordatorios de citas o alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés si no optó por no participar como se describe a continuación.
- A sus familiares y amigos si no puede comunicarse, como en un caso de emergencia.
- A su familia y amigos o cualquier otra persona que usted identifique, siempre que la información sea directamente relevante para su participación con su cuidado de la salud o el pago de ese cuidado. Por ejemplo, si un miembro de la familia o un cuidador nos llama con conocimientos previos acerca de una reclamación, podemos confirmar si la reclamación se recibió y se pagó o no.
- A fin de proveer información de pago al suscriptor para sustentación ante Internal Revenue Service.
- A las agencias de salud públicas si consideramos que existe una grave amenaza para la salud o seguridad.
- A las autoridades pertinentes cuando haya problemas de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- En respuesta a una orden administrativa o de un tribunal, citación, solicitud de hallazgos u otros procesos legales.
- Con fines de aplicación de la ley, a las autoridades militares y según sea exigido de cualquier otra forma por la ley.
- A fin de prestar asistencia para los esfuerzos de ayuda en caso de desastres.
- Para programas de cumplimiento y actividades de supervisión de salud.
- Para cumplir nuestras obligaciones bajo contrato o en virtud de la ley del programa de compensación laboral.
- A fin de evitar una grave e inminente amenaza para su salud o seguridad, o la salud o seguridad de otras personas.
- Para fines de investigación en circunstancias limitadas.
- Para la obtención, el almacenamiento o el trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- A un médico forense, examinador médico o director funerario.



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

En todas las situaciones distintas a las descritas en este aviso, solicitaremos su permiso por escrito antes de utilizar o divulgar su información. Puede anular su permiso en cualquier momento si nos lo notifica por escrito. No usaremos ni divulgaremos su información por ninguna razón que no se haya descrito en este aviso sin su permiso. Los siguientes usos y divulgaciones requerirán una autorización:

- La mayoría de los usos y las divulgaciones de las notas de psicoterapia
- Propósitos de mercadeo
- Venta de información médica protegida

¿Qué hacemos con su información cuando ya no es un afiliado o no obtiene cobertura a través de nosotros?

Su información puede seguir utilizándose para los fines descritos en este aviso cuando su afiliación finalice o cuando no obtenga cobertura a través de nosotros.

Después del período de retención legal obligatorio, la información se destruye siguiendo procedimientos estrictos para mantener la confidencialidad.

¿Cuáles son mis derechos con respecto a mi información?

Los siguientes son sus derechos con respecto a su información. Tenemos el compromiso de responder a su solicitud sobre sus derechos de manera oportuna:

- **Acceso:** tiene derecho a revisar y obtener una copia de su información que puede utilizarse para tomar decisiones relacionadas con usted, como reclamaciones y expedientes de administración médicos o de casos. También puede recibir un resumen de esta información de salud. Si solicita copias, podemos cobrarle una tarifa por cada página, un cargo por hora del tiempo que le lleva al personal localizar y copiar su información, y el envío.
- **Decisión Adversa sobre la Evaluación de Riesgo:** tiene derecho a recibir un motivo de la denegación o decisión adversa de la evaluación de riesgo si rechazamos su solicitud o seguro. (Este derecho solo se aplica a los residentes de Massachusetts de acuerdo con las regulaciones estatales).
- **Comunicaciones Alternativas:** tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales de la información de una manera diferente o en un lugar diferente para evitar una situación que ponga en peligro la vida. Acomodaremos su solicitud si es razonable.
- **Enmienda:** tiene derecho a solicitar la corrección de cualquiera de esta información personal mediante una enmienda o eliminación. En un plazo de 30 días hábiles a partir de la recepción de su solicitud por escrito, le notificaremos nuestra enmienda o eliminación de la información en disputa, o de nuestra negativa a realizar tal corrección después de más investigaciones. En el caso de que nos neguemos a enmendar o eliminar la información en disputa, usted tiene derecho a enviarnos una declaración por escrito de los motivos de su desacuerdo con nuestra evaluación de la información en disputa y lo que usted considera como la información correcta. Pondremos dicha declaración a disposición de todas las partes que revisen la información en disputa.



- **Divulgación:** tiene derecho a recibir una lista de casos en los que nosotros o nuestros socios comerciales hemos divulgado su información para fines distintos del tratamiento, pago, operaciones del plan de salud y otras actividades determinadas. Mantenemos esta información y la ponemos a su disposición durante un período de seis años a petición suya. Si solicita esta lista más de una vez en un período de 12 meses, es posible que le cobremos una tarifa razonable según los costos por responder a estas solicitudes adicionales.
- **Aviso:** Tiene derecho a recibir una copia por escrito de este aviso en cualquier momento que la solicite.
- **Restricción:** tiene derecho a solicitar la restricción del uso o la divulgación de su información. No estamos obligados a aceptar estas restricciones, pero si lo hacemos, acataremos nuestro acuerdo. Usted también tiene derecho a aceptar o poner término a una restricción previamente presentada.

¿Qué tipos de comunicaciones que se me envían puedo optar por no recibir?

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

¿Cómo ejerzo mis derechos o cómo obtengo una copia de este aviso?

Se pueden ejercer todos sus derechos de privacidad obteniendo los formularios de solicitud de derechos de privacidad correspondientes. Para obtener estos formularios:

- Comuníquese con nosotros al 866-432-0001 (TTY: 711) en cualquier momento. La llamada es gratuita.
- Acceda a nuestro sitio web en **es-www.humana.com** y vaya al enlace Privacy Practices (Prácticas de privacidad).
- Envíenos un correo electrónico a privacyoffice@humana.com.
- Envíe el formulario de solicitud completado a la siguiente dirección:

Humana Inc.
Privacy Office 003/10911
101 E. Main Street
Louisville, KY 40202

¿Qué debo hacer si creo que se violó mi privacidad?

Si cree que se ha violado su privacidad de alguna forma, puede presentarnos una queja si llama al 866-432-0001 (TTY: 711) en cualquier momento.

También puede presentar una queja por escrito a la Oficina de Derechos Civiles (OCR) del Departamento de Salud



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

y Servicios Humanos. Le suministraremos la dirección regional de la OCR que corresponda, si así lo solicita. También tiene la opción de enviar su queja por correo electrónico a OCRComplaint@hhs.gov. Respaldamos su derecho a proteger la privacidad de su información personal y de salud. No tomaremos represalias de ninguna manera si decide presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Seguimos todas las leyes, reglas y regulaciones federales y estatales que abordan la protección de la información personal y de salud. En las situaciones en las que las leyes, reglas y regulaciones federales y estatales entran en conflicto, seguimos la ley, regla o regulación que proporciona mayor protección a los afiliados.

¿Qué sucederá si mi información privada se usa o divulga de forma inapropiada?

Usted tiene derecho a recibir un aviso de que una infracción ocasionó que su información privada no protegida se utilice o divulgue de forma inapropiada. Le notificaremos en el momento oportuno si se produce dicha filtración.

Las siguientes entidades filiales y subsidiarias también se adhieren a nuestras políticas y procedimientos de privacidad:

Arcadian Health Plan, Inc.

CarePlus Health Plans, Inc.

Cariten Health Plan, Inc.

CHA HMO, Inc.

CompBenefits Company

CompBenefits Dental, Inc.

CompBenefits Insurance Company

DentiCare, Inc.

Emphesys Insurance Company

HumanaDental Insurance Company

Humana Benefit Plan of Illinois, Inc.

Humana Employers Health Plan of Georgia, Inc.

Humana Health Benefit Plan of Louisiana, Inc.

Humana Health Company of New York, Inc.

Humana Health Insurance Company of Florida, Inc.

Humana Health Plan of California, Inc.

Humana Health Plan of Ohio, Inc.

Humana Health Plan of Texas, Inc.



Humana Health Plan, Inc.
Humana Health Plans of Puerto Rico, Inc.
Humana Insurance Company
Humana Insurance Company of Kentucky
Humana Insurance Company of New York
Humana Insurance of Puerto Rico, Inc.
Humana MarketPOINT, Inc.
Humana MarketPOINT of Puerto Rico, Inc.
Humana Medical Plan, Inc.
Humana Medical Plan of Michigan, Inc.
Humana Medical Plan of Pennsylvania, Inc.
Humana Medical Plan of Utah, Inc.
Humana Regional Health Plan, Inc.
Humana Wisconsin Health Organization Insurance Corporation
Managed Care Indemnity, Inc.
Preferred Health Partnership of Tennessee, Inc.
The Dental Concern, Inc.



Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

En este capítulo, se incluyen los términos clave utilizados en este *Manual para Afiliados* con sus definiciones. Los términos se enumeran en orden alfabético. Si no encuentra el término que busca o necesita más información de la que incluye la definición, comuníquese con Servicios para Afiliados.

Actividades de la vida diaria (ADL): Las acciones que la gente hace en un día normal, como comer, usar el baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Juez de derecho administrativo: un juez que revisa apelaciones de nivel 3.

Programa de asistencia para los medicamentos contra el SIDA (ADAP): un programa que ayuda a las personas elegibles que viven con el VIH o SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas.

Centro de cirugía ambulatoria: Un centro que ofrece cirugía ambulatoria a los pacientes que no necesitan cuidado hospitalario y que no se espera que necesiten más de 24 horas de cuidados.

Apelación: una manera de cuestionar nuestra acción si cree que cometimos un error. Puede pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura mediante la presentación de una apelación. **En el Capítulo 9** de este Manual para Afiliados, se explican las apelaciones, incluida la forma de presentar una apelación.

Salud del comportamiento: Un término integral que hace referencia a la salud mental y a los trastornos por consumo de sustancias.

Producto biológico: Un medicamento que se fabrica 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 denominan biosimilares. (Consulte también “Producto Biológico Original” y “Biosimilar”).

Biosimilar: Un producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta. (Vaya a “Biosimilar Intercambiable”).

Medicamento de marca: Un medicamento que fabrica y vende la empresa que originalmente fabricó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los medicamentos. Generalmente, a los medicamentos genéricos los elaboran y los venden otras empresas de medicamentos y no están disponibles hasta que finaliza la patente del medicamento de marca.

Coordinador de cuidados: una persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de cuidado para asegurarse de que reciba el cuidado que necesita.

Plan de cuidado: consulte “Plan de Cuidado Individualizado”.

Equipo de cuidado: consulte “Equipo de Cuidado Interdisciplinario”.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [es-www.humana.com](https://www.humana.com).

Etapas de cobertura catastrófica: La etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D de Medicare durante la que nuestro plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el final del año. Comienza esta etapa cuando usted (u otras partes elegibles en su nombre) han gastado \$2,100 por medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal a cargo de Medicare. En el Capítulo 2 de este *Manual para Afiliados*, se explica cómo comunicarse con los CMS.

Queja: una declaración escrita o verbal en la que se menciona que tiene un problema o inquietud sobre sus servicios o cuidados cubiertos. Esto incluye cualquier preocupación por la calidad del servicio, la calidad de su cuidado, nuestros proveedores de la red o nuestras farmacias de la red. El nombre formal para “realizar una queja” es “presentar una queja formal”.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): un centro que principalmente proporciona servicios de rehabilitación después de una enfermedad, un accidente o una cirugía mayor. Ofrece una variedad de servicios, incluida fisioterapia, los servicios sociales o psicológicos, la terapia respiratoria, la terapia ocupacional, la terapia del habla y los servicios de evaluación del entorno doméstico.

Copago: Una cantidad fija que paga como su parte del costo cada vez que recibe ciertos medicamentos. Por ejemplo, podría pagar \$2 o \$5 por un medicamento.

Costos compartidos: Cantidades que tiene que pagar cuando recibe ciertos medicamentos. En los costos compartidos se incluyen los copagos.

Nivel de los costos compartidos: Un grupo de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento de la *Lista de Medicamentos Cubiertos* (también conocida como *Lista de Medicamentos*) se encuentra en uno de los 5 niveles de costos compartidos. En general, cuanto mayor sea el nivel de costos compartidos, mayor será el costo del medicamento.

Decisión de cobertura: una decisión sobre los beneficios que cubrimos. Esto incluye decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos o la cantidad que pagamos por sus servicios de salud. En el Capítulo 9 de este *Manual para Afiliados*, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados y de venta sin receta (OTC) que nuestro plan cubre.

Servicios con cobertura: el término general que utilizamos para referirnos a todos los servicios y apoyo de cuidado de la salud a largo plazo, suministros, medicamentos recetados y de venta sin receta, equipos y otros servicios que cubre nuestro plan.

Capacitación en competencias culturales: capacitación que proporciona instrucción adicional a nuestros proveedores de cuidado de la salud que los ayuda a comprender mejor sus antecedentes, valores y creencias para adaptar los servicios a fin de satisfacer sus necesidades sociales, culturales y lingüísticas.

Tarifa diaria de costos compartidos: una tarifa que puede aplicarse cuando su médico le prescribe menos de un mes completo de suministro de ciertos medicamentos para usted y debe pagar un copago. Una tarifa diaria de costos compartidos es el copago que se divide por el número de días en el suministro de un mes.

Este es un ejemplo: supongamos que el copago de su medicamento para un suministro de un mes completo (un suministro de 30 días) es de \$1.35. Esto significa que la cantidad que usted paga por su medicamento es inferior a \$0.05 por día. Si recibe un suministro de 7 días del medicamento, su pago es inferior a \$0.05 por día multiplicado por 7 días, lo que sería un pago total inferior a \$0.35.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [es-www.humana.com](https://www.humana.com).

Cancelación de la afiliación: el proceso de finalizar su afiliación a nuestro plan. La cancelación de la afiliación puede ser voluntaria (es su elección) o involuntaria (no es su elección).

Programa de gestión de medicamentos (DMP): Un programa que ayuda a garantizar que los afiliados usen de forma segura los opiáceos con receta y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia.

Niveles de medicamentos: grupos de medicamentos en nuestra *Lista de Medicamentos*. Los medicamentos genéricos, de marca o de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) son ejemplos de niveles de medicamentos. Cada medicamento de la *Lista de Medicamentos* se encuentra en uno de los 5 niveles.

Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (D-SNP): plan de salud que atiende a personas que son elegibles tanto para Medicare como Medicaid. Nuestro plan es un D-SNP.

Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés): Determinados artículos que el médico ordena para que use en su propia casa. Algunos ejemplos de estos artículos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Emergencia: Una emergencia médica ocurre cuando usted, o cualquier otra persona con un conocimiento promedio de la salud y la medicina, cree que tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para prevenir 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 del feto). Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente.

Cuidado médico en casos de emergencia: servicios con cobertura que un proveedor capacitado proporciona a fin de brindar servicios de emergencia y necesarios para tratar una emergencia médica o de salud del comportamiento.

Excepción: Permiso a fin de obtener cobertura para un medicamento que, normalmente, no está cubierto o a fin de usarlo sin determinadas reglas y limitaciones.

Servicios excluidos: servicios que este plan de salud no cubre.

Ayuda Adicional: Programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos de la Parte D de Medicare, tales como primas, deducibles y copagos. La Ayuda Adicional también se denomina “Subsidio por Ingresos Limitados” (LIS, por sus siglas en inglés).

Medicamento genérico: un medicamento aprobado por la FDA para usarse en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca. Por lo general, es más barato y funciona tan bien como el medicamento de marca.

Queja formal: una queja que realiza sobre nosotros o uno de nuestros proveedores o farmacias de la red. Esto incluye una queja sobre la calidad de su cuidado o la calidad de los servicios que su plan de salud proporciona.

Plan de salud: una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También tiene coordinadores de cuidados que brindan ayuda para administrar a todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan en conjunto para proporcionar el cuidado que necesita.

Evaluación de riesgos de salud (HRA): una revisión de sus antecedentes médicos y afección actual. Se realiza para obtener información sobre su salud y cómo podría cambiar en el futuro.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [es-www.humana.com](https://www.humana.com).

Healthy Connections de Medicaid: Este es el nombre del programa de Medicaid de South Carolina. El estado administra Healthy Connections de Medicaid y lo paga el estado y el Gobierno federal. Ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y asistencias a largo plazo y los costos médicos. Cubre servicios adicionales y algunos medicamentos que no cubre Medicare. Consulte el **Capítulo 2** para obtener información sobre cómo comunicarse con Healthy Connections de Medicaid.

Asistente de cuidado de la salud en el hogar: Una persona que proporciona servicios que no requieren las habilidades de un profesional de enfermería o terapeuta licenciado, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o llevar a cabo los ejercicios recetados). Los asistentes de cuidado de la salud en el hogar no tienen una licencia de enfermería ni proporcionan terapia.

Hospicio: un programa de cuidado y asistencia para ayudar a las personas que tienen un pronóstico terminal a vivir cómodamente. Un pronóstico terminal se refiere a que se certificó médicamente a una persona como enferma terminal, lo que significa tener una esperanza de vida de 6 meses o menos.

- Un afiliado que tiene un pronóstico terminal tiene derecho a elegir el hospicio.
- Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente capacitados brinda cuidado a la persona en su totalidad, con sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales incluidas.
- Tenemos la obligación de proporcionarle una lista de proveedores de hospicio en su área geográfica.

Facturación incorrecta o inadecuada: Una situación en la que un proveedor (como un médico u hospital) le factura más de nuestra cantidad de costos compartidos por los servicios. Llame a Servicios para Afiliados si recibe alguna factura que **no** entienda.

Debido a que pagamos el costo total de sus servicios, usted no debe ningún costo compartido. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.

Organización de revisión independiente (IRO): una organización independiente que Medicare contrata para revisar las apelaciones de nivel 2. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo. El nombre oficial es la **Entidad de Revisión Independiente**.

Plan de Cuidado Individualizado (ICP o Plan de Cuidado): un plan sobre los servicios que recibirá y cómo los recibirá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios para la salud del comportamiento y servicios y apoyo a largo plazo.

Etapas de cobertura inicial: La etapa antes de que sus gastos totales de medicamentos de la Parte D de Medicare alcancen los \$2,100. Esto incluye las cantidades que pagó, lo que nuestro plan pagó en su nombre y el subsidio por ingresos limitados. Comienza en esta etapa cuando surte la primera receta del año. Durante esta etapa, pagamos parte de los costos de los medicamentos y usted paga su parte.

Paciente internado: Término que se usa cuando ingresa de manera formal en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no lo ingresan de manera formal, es posible que aún se lo considere paciente ambulatorio en lugar de paciente internado, incluso si se queda durante la noche.

Equipo de Cuidado Interdisciplinario (ICT o equipo de cuidado): un equipo de cuidado puede incluir médicos, profesionales de enfermería, consejeros u otros profesionales de la salud que están allí para ayudarle a obtener el cuidado que necesita. Su equipo de cuidado también lo ayuda a elaborar un plan de cuidado.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es-www.humana.com**.

D-SNP integrado: un plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad que cubre los servicios de Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid en un único plan de salud destinado a ciertos grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. A estas personas se las denomina personas con doble elegibilidad con beneficios completos. Nuestro plan de salud es un plan D-SNP integrado.

Biosimilar Intercambiable: un biosimilar que puede sustituirse en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con los requisitos adicionales sobre la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos): Lista de los medicamentos recetados y de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) que cubrimos. Elegimos los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. En la *Lista de Medicamentos*, se le indica si hay alguna regla que debe seguir para obtener sus medicamentos. A veces, la *Lista de Medicamentos* se denomina “formulario”.

Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS, por sus siglas en inglés): los servicios y apoyos a largo plazo ayudan a mejorar una afección médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios lo ayudan a permanecer en su hogar para que no tenga que ir a un centro de enfermería u hospital. Entre los LTSS, se incluyen Servicios Comunitarios y Centros de Enfermería (NF, por sus siglas en inglés).

Subsidio por ingresos limitados (LIS): Consulte “Ayuda adicional”.

Organización de Cuidado Médico Administrado: Plan de salud que atiende a los afiliados en función del riesgo mediante una red de proveedores empleados o afiliados.

Medicaid (o Medical Assistance): un programa que dirige el Gobierno federal y el Estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo y los costos médicos.

Necesario por razones médicas: esto describe los servicios, suministros o medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye el cuidado que le impide ir a un hospital o a un centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: el programa federal de seguros de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedades renales en etapa terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura médica de Medicare a través de Medicare Original o de un plan de cuidado médico administrado (consulte “Plan de salud”).

Medicare Advantage: Programa de Medicare, también conocido como “Parte C de Medicare” o “MA”, que ofrece planes de MA mediante compañías privadas. Medicare les paga a estas empresas para cubrir sus beneficios de Medicare.

Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo): un consejo que revisa apelaciones de nivel 4. El Consejo es parte del Gobierno Federal.

Servicios con cobertura por Medicare: Servicios cubiertos por la Parte A de y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido el nuestro, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A de y la Parte B de Medicare.



Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP): un programa estructurado de cambio de comportamiento de la salud que proporciona una capacitación en el cambio dietético a largo plazo, el aumento de la actividad física y las estrategias para superar los obstáculos que supone mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.

Afiliado a Medicare-Medicaid: una persona que es elegible para la cobertura de Medicare y Medicaid. Un afiliado a Medicare-Medicaid también se denomina “persona con doble elegibilidad”.

Parte A de Medicare: el programa de Medicare que cubre la mayoría de los hospitales necesarios por razones médicas, las instalaciones de enfermería especializada, la salud en el hogar y el cuidado de hospicio.

Parte B de Medicare: el programa de Medicare que cubre los servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y consultas al médico) y los suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son necesarios por razones médicas para tratar una enfermedad o afección. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y de pruebas de detección.

Parte C de Medicare: el programa de Medicare, también conocido como “Medicare Advantage” o “MA”, que permite a las compañías privadas de seguros de salud proporcionar beneficios de Medicare a través de un plan MA.

Parte D de Medicare: el programa de beneficios de medicamentos de Medicare. A este programa lo llamamos “Parte D” para abreviarlo. La Parte D de Medicare cubre medicamentos para pacientes ambulatorios, vacunas y algunos suministros que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare o por Medicaid. Nuestro plan incluye la Parte D de Medicare.

Medicamentos de la Parte D de Medicare: Medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. El Congreso excluye específicamente ciertas categorías de medicamentos de la Parte D de Medicare. Medicaid puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Administración de la Terapia con Medicamentos (MTM): el programa de Parte D de Medicare para necesidades complejas de salud que se proporciona a personas que cumplen ciertos requisitos o están en un Programa de Administración de Medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de cuidado de la salud para revisar los medicamentos. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener más información.

Afiliado (afiliado de nuestro plan o afiliado del plan): una persona con Medicare y Medicaid que es elegible para recibir servicios con cobertura, que se ha afiliado a nuestro plan y cuya afiliación la confirmaron los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) y el estado.

Manual para Afiliados e Información de Divulgación: este documento, junto con su formulario de afiliación y cualquier otro anexo o cláusula, en el que se explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como afiliado de nuestro plan.

Servicios para Afiliados: un departamento dentro de nuestro plan, responsable de responder a sus preguntas sobre la afiliación, los beneficios, las quejas formales y las apelaciones. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener más información sobre los Servicios para Afiliados.

Farmacia de la red: una farmacia (droguería) que aceptó surtir medicamentos recetados para los afiliados a nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque aceptaron trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, cubrimos sus medicamentos recetados solo cuando se surten en una de nuestras farmacias de la red.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es-www.humana.com**.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general que usamos para médicos, profesional de enfermería y otras personas que brindan servicios y cuidados. El término también incluye hospitales, agencias de cuidado de la salud en el hogar, clínicas y otros lugares que brindan servicios de cuidado de la salud, equipo médico, y servicios y asistencia a largo plazo.

- Están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para proporcionar servicios de cuidado de la salud.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con nuestro plan de salud, aceptan nuestro pago y no cobran una cantidad adicional a los afiliados.
- Mientras sea afiliado de nuestro plan, debe utilizar proveedores de la red para obtener servicios con cobertura. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Hogar o centro de ancianos: Lugar que proporciona cuidado a personas que no pueden recibir cuidado en el hogar, pero que no necesitan estar en el hospital.

Mediador: una oficina en su estado que trabaja como defensor en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene algún problema o alguna queja formal y pueden brindarle ayuda para que sepa qué hacer. Los servicios del mediador son gratuitos. Puede encontrar más información en los **Capítulos 2 y 9** de este *Manual para Afiliados*.

Determinación de la organización: nuestro plan realiza una determinación de la organización cuando nosotros, o uno de nuestros proveedores, decidimos si los servicios están cubiertos o cuánto usted debe pagar por los servicios con cobertura. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura”. En el **Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados*, se explican las decisiones de cobertura.

Producto biológico original: un producto biológico aprobado por la FDA y que sirve como comparación para los fabricantes que realizan una versión biosimilar. También se lo denomina “producto de referencia”.

Medicare original (Medicare tradicional o Medicare de cargo por servicio): el Gobierno ofrece Medicare original. En Medicare original, los servicios están cubiertos mediante el pago de montos que establece el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud.

- Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud que acepte Medicare. Medicare Original tiene dos partes: Parte A de Medicare (seguro de hospital) y Parte B de Medicare (seguro médico).
- Medicare Original está disponible en todas partes de los Estados Unidos.
- Si no quiere estar en nuestro plan, puede elegir Medicare Original.

Farmacia fuera de la red: Farmacia que no ha aceptado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los afiliados a nuestro plan. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que se obtienen de farmacias fuera de la red, a menos que se cumplan ciertas condiciones.

Proveedor o instalación fuera de la red: Proveedor o instalación que nuestro plan no emplea, posee ni gestiona y que no tiene contrato para proporcionar servicios cubiertos a los afiliados a nuestro plan. En el Capítulo 3 de este *Manual para Afiliados*, se explican los proveedores o instalaciones fuera de la red.



Gastos de desembolso personal: El requisito de los costos compartidos para que los afiliados paguen parte de los servicios o medicamentos que obtienen también se denomina “requisito de gasto de desembolso personal”. Consulte la definición de “costos compartidos” anterior.

Medicamentos de venta sin receta (OTC): Los medicamentos de venta sin receta son aquellos que se pueden comprar sin receta de un profesional del cuidado de la salud.

Parte A: consulte la sección “Parte A de Medicare”.

Parte B: consulte la sección “Parte B de Medicare”.

Parte C: consulte la sección “Parte C de Medicare”.

Parte D: consulte la sección “Parte D de Medicare”.

Medicamentos de la Parte D: consulte “medicamentos de la Parte D de Medicare”.

Información personal sobre su salud (también llamada información médica protegida) (PHI): Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguridad social, consultas médicas y antecedentes médicos. Consulte nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad para obtener más información sobre cómo protegemos, usamos y divulgamos su Información Personal sobre Salud (PHI, por sus siglas en inglés), así como sus derechos con respecto a esta.

Servicios preventivos: Cuidado de la salud para prevenir o detectar enfermedades en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la influenza y prueba de detección de mamografía).

Proveedor de cuidado primario (PCP): el médico u otro proveedor al que acude primero para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que reciba el cuidado que necesita para mantenerse saludable.

- También puede hablar con otros médicos y proveedores de cuidado de la salud sobre su cuidado y remitirlo a ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, usted debe acudir a su proveedor de cuidado primario antes de consultar con cualquier otro proveedor de cuidado de la salud.
- Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener información sobre la manera en que puede obtener cuidados de proveedores de cuidado primario.

Autorización previa (PA): una aprobación que debe obtener de nosotros antes de poder obtener un servicio o medicamento específico o consultar a un proveedor fuera de la red. Es posible que nuestro plan no cubra el servicio o el medicamento si no obtiene la aprobación antes.

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos de la red solo si su médico u otro proveedor de la red recibe la PA de nosotros.

- Los servicios cubiertos que necesitan la autorización previa (PA, por sus siglas en inglés) de nuestro plan están marcados en el **Capítulo 4** de este *Manual para Afiliados*.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos solo si obtiene nuestra PA.

- Los medicamentos con cobertura para los que requiere la PA de nuestro plan están indicados en la *Lista de Medicamentos con Cobertura* y las reglas se publican en nuestro sitio web.



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001, (TTY: 711), el Servicio para Afiliados se encuentra disponible los 7 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es-www.humana.com**.

Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE, por sus siglas en inglés): Programa que cubre, en conjunto, los beneficios de Medicare y Medicaid para personas de 55 años o más que necesitan un mayor nivel de cuidado para vivir en su hogar.

Prótesis y ortesis: dispositivos médicos recetados por su médico u otro proveedor de cuidado de la salud que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos suministros para ostomías y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO): un grupo de médicos y otros expertos en cuidado de la salud que ayudan a mejorar la calidad del cuidado de las personas con Medicare. El Gobierno federal paga la QIO para comprobar y mejorar el cuidado que se brinda a los pacientes. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener información sobre la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés).

Límites de cantidad: un límite en la cantidad de un medicamento que puede tener. Podemos limitar la cantidad del medicamento que cubrimos por receta.

Herramienta de Beneficio en Tiempo Real: un portal o una aplicación informática en la cual los afiliados pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica para el afiliado sobre la cobertura de los medicamentos y los beneficios. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos alternativos que pueden usarse para la misma afección de salud que un medicamento dado, y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia por fases, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Servicios de rehabilitación: Tratamiento que recibe para recuperarse de una enfermedad, accidente u operación importante. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Área de servicio: un área geográfica donde un plan de salud acepta afiliados si limita la afiliación en función del lugar donde viven las personas. En el caso de los planes que limitan los médicos y hospitales a los que puede acudir, por lo general, se trata del área en la que puede recibir servicios de rutina (que no sean de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden afiliarse a nuestro plan.

Parte de los costos: La parte de los costos de cuidado de la salud que puede tener que pagar cada mes antes de que sus beneficios se hagan efectivos. La cantidad de la parte de los costos varía en función de sus ingresos y recursos.

Centro de enfermería especializada (SNF): un centro de cuidado de enfermería especializada y el equipo necesarios para prestar cuidado de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud conexos.

Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF): cuidado de enfermería especializada y servicios de rehabilitación prestados de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de cuidado en un centro de enfermería especializada incluyen terapia física o inyecciones intravenosas (IV) que un profesional de enfermería registrado o un médico pueden administrar.



Especialista: un médico que presta servicios de cuidado de la salud para tratar una enfermedad específica o una parte del cuerpo.

Audiencia Estatal: Si su médico u otro proveedor solicitan un servicio de Healthy Connections Medicaid que no aprobamos, o si no seguimos pagando un servicio de Healthy Connections Medicaid que ya tiene, puede solicitar una Audiencia Estatal. Si la Audiencia Estatal se resuelve a su favor, debemos proporcionarle el servicio que solicitó.

Terapia por fases: una regla de cobertura que requiere que pruebe con otro medicamento antes de cubrir el medicamento que solicita.

Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI): Beneficio mensual que paga la Seguridad Social a las personas con ingresos y recursos limitados que están discapacitadas o ciegas, o tienen 65 años o más. Los beneficios del Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI, por sus siglas en inglés) no son los mismos que los beneficios de la Seguridad Social.

Cuidado urgente: Cuidado que recibe por una enfermedad, lesión o afección inesperada que no es una emergencia, pero necesita cuidado de inmediato. Puede obtener cuidado de urgencia de proveedores fuera de la red cuando no puede llegar a ellos porque, debido a la hora, el lugar o las circunstancias, no es posible ni razonable obtener los servicios de los proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y necesita servicios necesarios por razones médicas inmediatos para una afección inesperada, pero no se trate de una emergencia médica).



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)**.

العربية [Arabic]: تتوفر خدمات اللغة والمساعدة الإضافية والتنسيق البديل مجانًا. اتصل على الرقم **877-320-1235 (الهاتف النصي: 711)**.

Հայերեն [Armenian]: Հասանելի են անվճար լեզվական, աջակցման և այլընտրանքային ձևաչափի ծառայություններ: Չանգահարե՛ք **877-320-1235 (TTY: 711)**:

বাংলা [Bengali]: বিনামূল্যে ভাষা, আনুষঙ্গিক সহায়তা, এবং বিকল্প বিন্যাসে পরিষেবা উপলব্ধ। ফোন করুন **877-320-1235 (TTY: 711)** নম্বরে।

简体中文 [Simplified Chinese]: 我们可提供免费的语言、辅助设备以及其他格式版本服务。请致电 **877-320-1235 (听障专线: 711)**。

繁體中文 [Traditional Chinese]: 我們可提供免費的語言、輔助設備以及其他格式版本服務。請致電 **877-320-1235 (聽障專線: 711)**。

Kreyòl Ayisyen [Haitian Creole]: Lang gratis, èd oksilyè, ak lòt fòm sèvis disponib. Rele **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Hrvatski [Croatian]: Dostupni su besplatni jezik, dodatna pomoć i usluge alternativnog formata. Nazovite **877-320-1235 (TTY: 711)**.

فارسی [Farsi]: خدمات زبان رایگان، کمک های اضافی و فرمت های جایگزین در دسترس است. با **877-320-1235 (TTY: 711)** تماس بگیرید.

Français [French]: Des services gratuits linguistiques, d'aide auxiliaire et de mise au format sont disponibles. Appeler le **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Deutsch [German]: Es stehen kostenlose unterstützende Hilfs- und Sprachdienste sowie alternative Dokumentformate zur Verfügung. Telefon: **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Ελληνικά [Greek]: Διατίθενται δωρεάν γλωσσικές υπηρεσίες, βοηθήματα και υπηρεσίες σε εναλλακτικές προσβάσιμες μορφές. Καλέστε στο **877-320-1235 (TTY: 711)**.

ગુજરાતી [Gujarati]: નિ:શુલ્ક ભાષા, સહાયક સહાય અને વૈકલ્પિક ફોર્મેટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. **877-320-1235 (TTY: 711)** પર કોલ કરો.

עברית [Hebrew]: שירותים אלה זמינים בחינם: שירותי תרגום, אביזרי עזר וטקסטים בפורמטים חלופיים. נא התקשר למספר **877-320-1235 (TTY: 711)**

हिन्दी [Hindi]: नि:शुल्क भाषा, सहायक मदद और वैकल्पिक प्रारूप सेवाएं उपलब्ध हैं। **877-320-1235 (TTY: 711)** पर कॉल करें।

Hmoob [Hmong]: Muaj kev pab txhais lus, pab kom hnov suab, thiab lwm tus qauv pab cuam. Hu **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Italiano [Italian]: Sono disponibili servizi gratuiti di supporto linguistico, assistenza ausiliaria e formati alternativi. Chiama il numero **877-320-1235 (TTY: 711)**.

日本語 [Japanese]: 言語支援サービス、補助支援サービス、代替形式サービスを無料でご利用いただけます。**877-320-1235 (TTY: 711)** までお電話ください。

This notice is available at <https://www.humana.com/legal/multi-language-support>.

GHHNOA2025HUM_0425

ភាសាខ្មែរ [Khmer]: សេវាកម្មផ្នែកភាសា ជំនួយ និង សេវាកម្មជូនម្រងផ្សេងៗជំនួយសមាជិក
រកបាន។ ទូរសព្ទទៅលេខ **877-320-1235 (TTY: 711)**។

한국어 [Korean]: 무료 언어, 보조 지원 및 대체 형식 서비스를 이용하실 수 있습니다.
877-320-1235 (TTY: 711)번으로 문의하십시오.

ພາສາລາວ [Lao]: ມີການບໍລິການດ້ານພາສາ, ອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນ
ໃຫ້ໃຊ້ຟຣີ. ໂທ **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Diné [Navajo]: Saad t'áá jiik'eh, t'áadoole'é binahjì' bee adahodooníígíí diné bich'í'
anídahazt'í'í, dóó łahgo át'éego bee hada'dilyaaígíí bee bika'aanída'awo'í dahóló. Kohjì'
hodíílnih **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Polski [Polish]: Dostępne są bezpłatne usługi językowe, pomocnicze i alternatywne formaty.
Zadzwoń pod numer **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Português [Portuguese]: Estão disponíveis serviços gratuitos de ajuda linguística auxiliar e
outros formatos alternativos. Ligue **877-320-1235 (TTY: 711)**.

ਪੰਜਾਬੀ [Punjabi]: ਮੁਫ਼ਤ ਭਾਸ਼ਾ, ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾ, ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।
877-320-1235 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Русский [Russian]: Предоставляются бесплатные услуги языковой поддержки,
вспомогательные средства и материалы в альтернативных форматах. Звоните по номеру
877-320-1235 (TTY: 711).

Español [Spanish]: Los servicios gratuitos de asistencia lingüística, ayuda auxiliar y
servicios en otro formato están disponibles. Llame al **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Tagalog [Tagalog]: Magagamit ang mga libreng serbisyong pangwika, serbisyo o device na
pantulong, at kapalit na format. Tumawag sa **877-320-1235 (TTY: 711)**.

தமிழ் [Tamil]: இலவச மொழி, துணை உதவி மற்றும் மாற்று வடிவ சேவைகள் உள்ளன.
877-320-1235 (TTY: 711) ஐ அழைக்கவும்.

తెలుగు [Telugu]: ఉచిత భాష, సహాయక మద్దతు, మరియు ప్రత్యామ్నాయ ఫార్మాట్ సేవలు
అందుబాటులో గలవు. **877-320-1235 (TTY: 711)** కి కాల్ చేయండి.

-**877-320-1235 (TTY: 711)** اردو [Urdu]: مفت زبان، معاون امداد، اور متبادل فارمیٹ کی خدمات دستیاب ہیں۔

Tiếng Việt [Vietnamese]: Có sẵn các dịch vụ miễn phí về ngôn ngữ, hỗ trợ bổ sung và định
dạng thay thế. Hãy gọi **877-320-1235 (TTY: 711)**.

አማርኛ [Amharic]: ቋንቋ፣ አገዥ ማዳመጫ እና አማራጭ ቅርፅ ያላቸው አገልግሎቶችን ይገኛሉ። በ
877-320-1235 (TTY: 711) ላይ ይደውሉ።

Bàsà [Bassa]: Wuḍu-xwínín-mú-zà-zà kùà, Hwòdǒ-fáńa-nyo, kè nyo-boŭn-po-kà bé bé
nyuεε se wídí péè-péè dò ko. **877-320-1235 (TTY: 711)** dá.

Bekee [Igbo]: Asụsụ n'efu, enyemaka nkwarụ, na ọrụ usoro ndị ọzọ dị. Kpọọ **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Òyìnbó [Yoruba]: Àwọn isẹ àtilẹhin ìrànlowó èdè, àti ònà kíkà mírán wà lárọwótó. Pe
877-320-1235 (TTY: 711).

नेपाली [Nepali]: भाषासम्बन्धी निःशुल्क, सहायक साधन र वैकल्पिक फार्मेट (ढाँचा/व्यवस्था)
सेवाहरू उपलब्ध छन् । **877-320-1235 (TTY: 711)** मा कल गर्नुहोस् ।

Aviso de No Discriminación

Humana Inc. y sus subsidiarias cumplen con las leyes aplicables de derechos civiles federales y no discriminan ni excluyen a las personas por motivos de raza, color de la piel, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, estado militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud ni por necesidades de servicios de salud. Humana Inc.:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables, además de recursos y servicios auxiliares adecuados y gratuitos para que se comuniquen con nosotros de manera eficaz, como:
 - Intérpretes de lengua de señas acreditados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio y formatos electrónicos asequibles, entre otros formatos).
- Proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuya lengua materna no sea el inglés, que pueden incluir lo siguiente:
 - Intérpretes acreditados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, recursos auxiliares adecuados o servicios de asistencia lingüística, llame al **877-320-1235 (TTY: 711)**. Horario de atención: de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Si usted cree que Humana Inc. no le ha prestado estos servicios o le ha discriminado por motivos de raza, color de la piel, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud, puede presentar una queja formal en persona o por correo postal o electrónico a la atención del coordinador de prevención de la discriminación de Humana Inc. en P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618; **877-320-1235 (TTY: 711)**; o **accessibility@humana.com**. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de prevención de la discriminación de Humana Inc. puede ayudarle.

También puede presentar una queja formal ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o bien por correo postal o teléfono:

- U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201. **800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**.

Afiliados de California:

También puede presentar una queja formal ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios del Cuidado de la Salud del Estado de California si llama al **916-440-7370 (TTY: 711)**, envía un correo electrónico a **Civilrights@dhcs.ca.gov**, o por correo a: Deputy Director, Office of Civil Rights, Department of Health Care Services, P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413. Los formularios de presentar quejas están disponibles en **http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx**.

Este aviso está disponible en **es-www.humana.com/legal/non-discrimination-disclosure**.

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

TELÉFONO	866-432-0001 Las llamadas a este número son gratuitas. Servicios para Afiliados está disponible los 7 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. Servicios para Afiliados también dispone de servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	de 711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades de audición o habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
DIRECCIÓN	P.O. Box 14601 Lexington, KY 40512-4601
SITIO WEB	es-www.humana.com

