

Su Evidencia de cobertura para el 2025

Humana®



Medicare and Medicaid Working Together

Gracias por ser un afiliado de Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP). Valoramos su afiliación, y estamos dedicados a ayudarle a estar lo más saludable posible.

Esta Evidencia de cobertura contiene información importante acerca de su plan. Este libro es un documento muy detallado con la descripción completa y legal de sus beneficios y costos. Usted debe guardar este documento como referencia durante el año del plan.

Humana se preocupa por su bienestar

Esperamos poder ser su socio en la salud por muchos años. Si tiene preguntas, aquí estamos para ayudarlo.

2025 Evidencia de cobertura

Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP)

Este es un Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad totalmente integrado (FIDE, por sus siglas en inglés).

Suroeste de Virginia

Humana®



Medicare and Medicaid Working Together

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios de salud y servicios de Medicare y cobertura para medicamentos recetados como afiliado de Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP)

Este documento le provee los detalles acerca de su cobertura para el cuidado de la salud y para medicamentos recetados para Medicare y Medicaid, del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025. **Este es un documento legal importante. Por favor, guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Atención al cliente al 1-844-881-4482. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de las 8 a.m. a las 8 p.m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de las 8 a.m. a las 8 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.

Este plan, Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP), es ofrecido por Humana WI Health Organization Insurance Corp. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Humana WI Health Organization Insurance Corp. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP)).

Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP) ha sido aprobado por el Comité nacional de control de calidad (NCQA, por sus siglas en inglés) para operar como un Plan de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés) hasta el 31 de diciembre de 2027 basado en una revisión del Modelo de cuidado médico de Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP).

Este documento está disponible sin costo en inglés.

Esta información está disponible en otros formatos, incluidos Braille, letra grande y audio. Si necesita información del plan en otro formato, llame a Atención al cliente al número que aparece anteriormente.

Los beneficios, las primas, los deducibles y/o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2026.

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos a los afiliados afectados sobre los cambios con al menos 30 días de anticipación.

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para entender:

- La prima y los costos compartidos de su plan;
- Sus beneficios médicos y de medicamentos recetados;
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o un tratamiento;
- Cómo comunicarse con nosotros si necesita más ayuda; y
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

H2875_EOC_MAPD_HMO_003000_2025_SP_C

Contenido**Evidencia de cobertura para 2025****Contenido**

CAPÍTULO 1:	<i>Cómo comenzar como afiliado</i>	9
SECCIÓN 1	Introducción	10
SECCIÓN 2	¿Qué lo hace elegible para ser afiliado del plan?	11
SECCIÓN 3	Materiales importantes de afiliación que recibirá	13
SECCIÓN 4	Sus costos mensuales para Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP)	15
SECCIÓN 5	Información adicional acerca de su prima mensual	18
SECCIÓN 6	Mantener actualizado su registro de afiliado del plan	20
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	21
CAPÍTULO 2:	<i>Números de teléfono y recursos importantes</i>	23
SECCIÓN 1	Contactos de Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP) (cómo contactarnos, incluso cómo ponerse en contacto con Atención al cliente)	24
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)	28
SECCIÓN 3	Programa estatal de asistencia en seguros de salud (ayuda e información gratis y respuestas a sus preguntas acerca de Medicare)	29
SECCIÓN 4	Organización para el mejoramiento de la calidad	30
SECCIÓN 5	Seguro Social	30
SECCIÓN 6	Medicaid	31
SECCIÓN 7	Información acerca de programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados	32
SECCIÓN 8	Cómo ponerse en contacto con la Junta de Jubilación Ferroviaria	35
SECCIÓN 9	¿Tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador?	36
CAPÍTULO 3:	<i>Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos</i>	37
SECCIÓN 1	Lo que debe saber para obtener cuidado médico y otros servicios como afiliado de nuestro plan	38
SECCIÓN 2	Uso de los proveedores de la red del plan para recibir cuidado médico y otros servicios	39
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios en casos de emergencia o cuidado médico que se necesita con urgencia o durante un desastre	43
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios?	46
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando se encuentra en un estudio de investigación clínica?	46
SECCIÓN 6	Normas para obtener cuidado en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud	48
SECCIÓN 7	Normas para la posesión de equipo médico duradero	49
CAPÍTULO 4:	<i>Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)</i>	51
SECCIÓN 1	Entienda los servicios cubiertos	52
SECCIÓN 2	Utilice la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para saber qué está cubierto	53

Contenido

SECCIÓN 3	¿Qué servicios están cubiertos fuera de Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP)?	94
SECCIÓN 4	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	94
CAPÍTULO 5:	<i>Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D</i>	101
SECCIÓN 1	Introducción	102
SECCIÓN 2	Surta sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan	103
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar incluidos en la Guía de medicamentos del plan	107
SECCIÓN 4	Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos	109
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma que usted desearía?	110
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura de alguno de sus medicamentos?	113
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?	115
SECCIÓN 8	Surtir una receta	116
SECCIÓN 9	Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	116
SECCIÓN 10	Programas para la seguridad y la administración de medicamentos	118
CAPÍTULO 6:	<i>Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D</i>	121
SECCIÓN 1	Introducción	122
SECCIÓN 2	Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos	124
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra	125
SECCIÓN 4	Durante la Etapa de deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos	126
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte	127
SECCIÓN 6	Durante la Etapa de cobertura catastrófica, usted no pagará nada por sus medicamentos cubiertos por la Parte D	130
SECCIÓN 7	Información acerca de beneficios adicionales	130
SECCIÓN 8	Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las reciba	130
CAPÍTULO 7:	<i>Cómo solicitarnos el pago de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos</i>	132
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos el pago del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos	133
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura recibida	135
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o no	136
CAPÍTULO 8:	<i>Sus derechos y responsabilidades</i>	137
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y su sensibilidad cultural como afiliado del plan	138
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como afiliado del plan	147
CAPÍTULO 9:	<i>Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>	149
SECCIÓN 1	Introducción	150
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y ayuda personalizada	150
SECCIÓN 3	Comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid en nuestro plan	151
SECCIÓN 4	Decisiones de cobertura y apelaciones	151

Contenido

SECCIÓN 5	Guía de lo básico sobre las decisiones de cobertura y apelaciones	152
SECCIÓN 6	Su cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura	155
SECCIÓN 7	Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	164
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si considera que se le está dando de alta antes de tiempo	173
SECCIÓN 9	Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura está finalizando antes de tiempo.....	177
SECCIÓN 10	Cómo presentar la apelación en el Nivel 3 y en los niveles superiores	180
SECCIÓN 11	Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado médico, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras cuestiones	183
CAPÍTULO 10:	<i>Cómo finalizar su afiliación al plan</i>	187
SECCIÓN 1	Introducción a la finalización de su afiliación a nuestro plan	188
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su afiliación a nuestro plan?.....	188
SECCIÓN 3	¿Cómo puede finalizar su afiliación a nuestro plan?	191
SECCIÓN 4	Hasta que termine su afiliación, debe continuar recibiendo los artículos y servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan	193
SECCIÓN 5	Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP) debe terminar su afiliación al plan en determinadas situaciones.....	193
CAPÍTULO 11:	<i>Avisos legales.....</i>	195
SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley vigente	196
SECCIÓN 2	Aviso sobre la no discriminación	196
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	196
SECCIÓN 4	Aviso adicional sobre la subrogación (recuperación de terceros).....	196
SECCIÓN 5	Aviso sobre la coordinación de beneficios	197
CAPÍTULO 12:	<i>Definiciones de palabras importantes</i>	201
Anexo A -	<i>Información de contacto de las agencias estatales.....</i>	214
	Provee una lista de los nombres, direcciones, números de teléfono y otra información de contacto de una variedad de recursos útiles en su estado.	

CAPÍTULO 1:

Cómo comenzar como afiliado

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está inscrito en Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP), que es un Plan Medicare Advantage especializado (Plan de necesidades especiales)
--------------------	--

Usted está cubierto por Medicare y Medicaid:

- **Medicare** es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).
- **Medicaid** es un programa conjunto federal y estatal que provee ayuda con los costos médicos a algunas personas de bajos recursos e ingresos limitados. La cobertura de Medicaid varía en función del estado y el tipo de Medicaid que usted tiene. Algunas personas con Medicaid reciben ayuda para pagar sus primas y otros costos de Medicare. Otras personas también reciben cobertura de servicios adicionales y medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

Usted ha elegido recibir su cuidado de la salud y su cobertura para medicamentos recetados de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan, Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP). Debemos cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso a los proveedores en este plan difieren de los de Medicare original.

Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP) es un Plan Medicare Advantage especializado (un Plan de necesidades especiales de Medicare), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de cuidado de la salud. Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP) está diseñado para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de Department of Medical Assistance Services (Medicaid).

Dado que usted obtiene asistencia de Department of Medical Assistance Services (Medicaid) con sus costos compartidos de las Partes A y B de Medicare (deducibles, copagos y coseguro), es posible que no tenga que pagar nada por sus servicios de cuidado de la salud de Medicare. Department of Medical Assistance Services (Medicaid) también puede proveerle otros beneficios al cubrir los servicios de cuidado de la salud y medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos por Medicare. También recibirá “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados de Medicare. Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP) ayudará a administrar todos estos beneficios para usted, para que usted reciba los servicios de cuidado de la salud y la asistencia con los pagos para los cuales es elegible.

Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP) es administrado por una compañía privada. Como todos los planes Medicare Advantage, este Plan de necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. El plan además tiene un contrato con el programa de Medicaid de Virginia para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace proveerle la cobertura para el cuidado de la salud de Medicare y Medicaid, lo que incluye la cobertura para medicamentos recetados.

La cobertura conforme a este plan se califica como Cobertura de salud calificada (QHC, por sus siglas en inglés) y cumple con el requisito de la responsabilidad individual compartida según la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés). Visite el sitio web del Servicio de

Capítulo 1 Cómo comenzar como afiliado

Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Sección 1.2 ¿De qué trata el documento *Evidencia de cobertura*?

Este documento *Evidencia de cobertura* le informa cómo recibir el cuidado médico y los medicamentos recetados por Medicare y Medicaid. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, y lo que usted paga como afiliado del plan, y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Los términos *cobertura* y *servicios cubiertos* se refieren al cuidado y los servicios médicos y los medicamentos recetados que tendrá disponibles como afiliado de Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP).

Es importante que conozca cuáles son las reglas del plan y qué servicios tiene disponibles. Le aconsejamos que dedique parte de su tiempo para revisar este documento *Evidencia de cobertura*.

Si está confundido, preocupado o si solo tiene alguna pregunta, contacte a Atención al cliente.

Sección 1.3 Información legal acerca de la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre la manera en que Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP) cubre su cuidado médico. Otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Guía de medicamentos recetados (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte acerca de los cambios a su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. En ocasiones, a estos avisos se les llaman *cláusulas o enmiendas*.

El contrato es válido durante los meses que esté inscrito en Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP) entre el 1 de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP) después del 31 de diciembre de 2025. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan en su área de servicio, o por ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2025.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP) cada año. Puede continuar recibiendo la cobertura de Medicare como afiliado de nuestro plan cada año siempre y cuando decidamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser afiliado del plan?**Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad**

Es elegible para ser afiliado de nuestro plan si:

- Tiene tanto la Parte A como la Parte B de Medicare

Capítulo 1 Cómo comenzar como afiliado

- -- y -- vive en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.3 a continuación describe nuestra área de servicio). Las personas encarceladas no se consideran residentes del área geográfica de servicio aunque estén físicamente ubicadas en ella.
- -- y -- es ciudadano estadounidense o se encuentra en los Estados Unidos de manera legal
- -- y -- cumple con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que provee ayuda con los costos médicos a algunas personas de bajos recursos e ingresos limitados). Para ser elegible para nuestro plan, usted debe ser elegible para Medicare y ciertos niveles de Medicaid: FBDE, QMB+, SLMB+.

Tenga en cuenta: si usted pierde su elegibilidad, pero existen expectativas razonables de que pueda ser elegible nuevamente en un plazo de seis meses, entonces usted seguirá siendo elegible como afiliado en nuestro plan (el Capítulo 4, Sección 2.1 le informa acerca de su cobertura y los costos compartidos durante un período de elegibilidad continuada estimada).

Sección 2.2 ¿Qué es Medicaid?

Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que provee ayuda con los costos médicos para algunas personas que tienen bajos recursos e ingresos limitados. 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 también pueden decidir cómo administrar su programa, siempre y cuando sigan las pautas federales.

Beneficios completos para personas con doble elegibilidad (FBDE, por sus siglas en inglés): puede haber asistencia financiera disponible para pagar las primas de la Parte A y/o las primas de la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos) y proporciona beneficios completos de Medicaid.

Además, existen programas que se ofrecen a través de Medicaid y que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, tales como las primas de Medicare. Dichos “Programas de ahorros de Medicare” ayudan a las personas de bajos recursos e ingresos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario de Medicare elegible Plus (QMB+):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos) y provee beneficios completos de Medicaid para servicios de Medicaid provistos por proveedores de Medicaid.
- **Beneficiario especificado de bajos ingresos Plus de Medicare (SLMB +):** ayuda a pagar las primas de la Parte B y provee beneficios completos de Medicaid para servicios de Medicaid provistos por proveedores de Medicaid.

Sección 2.3 La siguiente es el área de servicio del plan de Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP)

Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP) está disponible solo para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para permanecer como afiliado de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Capítulo 1 Cómo comenzar como afiliado

Nuestra área de servicio incluye el siguiente condado/los siguientes condados en Virginia: Condados de Bristol City, Buchanan, Dickenson, Grayson, Lee, Norton City, Russell, Scott, Smyth, Tazewell, Washington, Wise, Wythe, VA.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo afiliado de este plan. Contacte con Atención al cliente para ver si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, usted tendrá un Período especial de inscripción que le permitirá cambiar a Medicare original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nuevo lugar.

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección de correo. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

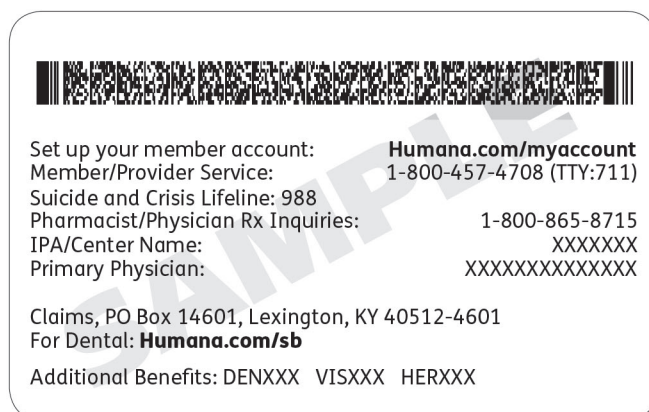
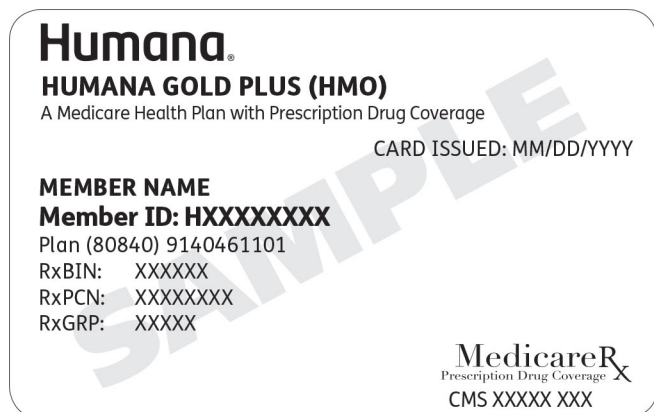
Sección 2.4 Ciudadano de los EE. UU. o residente legal

Un afiliado de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o encontrarse en los Estados Unidos de manera legal. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) informará a Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP) si usted no es elegible para seguir siendo un afiliado según esto. Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP) debe desafiliarlo si usted no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes de afiliación que recibirá

Sección 3.1 La tarjeta de afiliado del plan

Mientras sea afiliado de nuestro plan, debe usar la tarjeta de afiliado cada vez que reciba servicios cubiertos por el plan y para los medicamentos recetados que obtiene en las farmacias de la red. También debe mostrar al proveedor su tarjeta de Department of Medical Assistance Services (Medicaid). Esta es una muestra de la tarjeta de afiliado para mostrarle cómo será la suya:



NO utilice su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul para los servicios médicos cubiertos mientras esté afiliado a este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de afiliado de Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP), es posible que usted mismo deba pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le pida que la presente si necesita recibir servicios hospitalarios, obtener servicios de hospicio o participar en estudios clínicos de investigación aprobados por Medicare, también conocidos como ensayos clínicos.

Capítulo 1 Cómo comenzar como afiliado

Si su tarjeta de afiliado del plan se daña, se pierde o se la roban, llame sin demora a Atención al cliente y le enviaremos una nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores* (**es-www.humana.com/PlanDocuments**) enumera los proveedores, proveedores de equipo médico duradero y farmacias actuales de nuestra red. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales del cuidado de la salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de cuidado de la salud que tienen un acuerdo con nosotros de aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago en su totalidad.

Usted debe utilizar los proveedores de la red para recibir el cuidado y los servicios médicos. Si va a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar la totalidad. Las únicas excepciones son las emergencias, servicios que se necesitan con urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y los casos en que Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Muchos de los proveedores de la red del plan son también certificados por Medicaid. Consulte el *Directorio de proveedores* para identificar los proveedores de la red del plan que también están participando con el programa de Department of Medical Assistance Services (Medicaid). Usted no tiene restricciones para acudir a otros proveedores certificados por Medicaid para obtener los servicios de su plan.

El *Directorio de proveedores* (**es-www.humana.com/PlanDocuments**) enumera las farmacias de nuestra red. **Las farmacias de la red** son todas las farmacias que acordaron surtir los medicamentos recetados cubiertos para los afiliados de nuestro plan. Puede usar el *Directorio de proveedores* para encontrar la farmacia de la red que quiere usar. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo puede utilizar farmacias que no están en la red del plan.

Si no tiene una copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitarla (de forma electrónica o en papel) a Atención al cliente. La copia impresa del *Directorio de proveedores* que solicitó será enviada a usted por correo postal dentro de tres días laborables. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en **es-www.humana.com/PlanDocuments**. El sitio web puede proveerle la información más actualizada acerca de los cambios en los proveedores y las farmacias de la red.

Sección 3.3 Guía de medicamentos recetados (Formulario) del plan

El plan tiene una *Guía de medicamentos recetados (Formulario)*. Para abreviar, la llamamos “Guía de medicamentos”. Le indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos bajo el beneficio de la Parte D incluido en Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP). Los medicamentos de esta lista están seleccionados por el plan, con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Guía de medicamentos de Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP).

Además, la Guía de medicamentos le informa si existen normas que restringen la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Guía de medicamentos. La Guía de medicamentos que le proporcionamos incluye información sobre los medicamentos cubiertos utilizados más habitualmente por nuestros afiliados. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Guía de medicamentos que le proporcionamos. Si alguno de sus medicamentos no está en la Guía de

Capítulo 1 Cómo comenzar como afiliado

medicamentos, visite nuestro sitio web o contacte a Atención al cliente para averiguar si lo cubrimos. Para obtener la información más completa y actualizada acerca de los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (**es-www.humana.com/PlanDocuments**) o llamar a Atención al cliente.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP)

Sus costos pueden incluir los siguientes:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por afiliación tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos (IRMAA, por sus siglas en inglés) (Sección 4.4)
- Cantidad del plan de Medicare para el pago de medicamentos recetados (Sección 4.5)

En algunas situaciones, la prima de su plan puede ser menor

Existen programas para ayudar a las personas con bajos recursos a pagar sus medicamentos. Estos incluyen “Ayuda adicional” y Programas estatales de ayuda farmacéutica. El Capítulo 2, Sección 7 tiene más información acerca de estos programas. Si es elegible, la inscripción en el programa podría reducir la prima mensual de su plan.

Si usted *ya está inscrito* y recibe ayuda de alguno de estos programas, **la información acerca de las primas en la presente Evidencia de cobertura posiblemente no le corresponda a usted.**

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare difieren para personas con diferentes ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del manual *Medicare y usted 2025*, la sección llamada *Costos de Medicare para 2025*. Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (es.medicare.gov/medicare-and-you). O puede solicitar una copia impresa telefónicamente al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan
--

Como afiliado de nuestro plan, debe pagar una prima mensual del plan. Para 2025, la prima mensual para Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP) es de **\$0 o hasta \$30.70, dependiendo de la cantidad de “Ayuda adicional” que recibe de Medicare.**

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos afiliados tienen que pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, algunos afiliados tienen que pagar otras primas de Medicare. Como se explicó anteriormente en la Sección 2, para ser elegible para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para Department of Medical Assistance Services (Medicaid), así como tener las Partes A y B de Medicare. Para la mayoría de los afiliados de Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP), Department of Medical Assistance Services (Medicaid) paga su prima de la Parte A (si usted no es elegible para ello de forma automática) y su prima de la Parte B.

Si Department of Medical Assistance Services (Medicaid) no paga las primas de Medicare por usted, usted debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo afiliado del plan. Esto incluye su prima

Capítulo 1 Cómo comenzar como afiliado

para la Parte B. También puede incluir una prima para la Parte A, que afecta a los afiliados que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Disminución de prima de la Parte B de Medicare

Su prima de la Parte B de Medicare se deduce automáticamente de su cheque mensual del Seguro Social. Mientras usted esté inscrito en este plan, Humana pagará hasta **\$1** de su prima de la Parte B de Medicare. Como resultado, su cheque mensual del Seguro Social se aumentará en esta cantidad. No es necesario completar ningún papeleo para recibir este beneficio. Nosotros nos encargaremos de eso por usted.

La Administración del Seguro Social podría tardar varios meses en completar el proceso. Esto significa que es posible que no vea el aumento en su cheque del Seguro Social durante varios meses después de la fecha de vigencia de este plan. Los aumentos faltantes serán agregados a su siguiente cheque después de que se haya completado el proceso.

Tenga en cuenta que, si se desafilia de este plan, su beneficio de la prima de la Parte B de Medicare terminará en la fecha de desafiliación. Como mencionamos anteriormente, la Administración del Seguro Social podría tardar varios meses en completar el proceso. Cualquier disminución en la prima que usted reciba después la desafiliación finalmente será deducida de su cheque del Seguro Social.

Sección 4.3 Multa por afiliación tardía de la Parte D

Debido a que usted tiene doble elegibilidad, la multa por afiliación tardía no se aplica a usted mientras mantenga su estatus de doble elegibilidad, pero si pierde el estatus de doble elegibilidad usted puede tener que pagar una multa por afiliación tardía. La multa por afiliación tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse para la cobertura de la Parte D si en algún momento después de que termina su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en que no haya tenido cobertura de la Parte D u otra cobertura válida para medicamentos recetados. “Cobertura válida para medicamentos recetados” es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare dado que se espera que pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare. El costo de la multa por afiliación tardía dependerá del tiempo que usted haya permanecido sin cobertura de la Parte D o sin otra cobertura válida para medicamentos recetados. Usted tendrá que pagar esta multa durante el tiempo que tenga cobertura de la Parte D.

No deberá pagarla si:

- Recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados.
- Ha pasado menos de 63 días seguidos sin cobertura válida.
- Ha tenido cobertura válida para medicamentos a través de otra fuente, como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos (VHA, por sus siglas en inglés). Su asegurador o su departamento de recursos humanos le informará cada año si su cobertura de medicamentos es cobertura válida. Se le puede enviar esta información en una carta o incluida en un boletín del plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si posteriormente se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.
- **Tenga en cuenta:** Cualquier notificación debe afirmar que usted tenía cobertura “válida” para medicamentos recetados que se espera que pague la misma cantidad que paga el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare.

Capítulo 1 Cómo comenzar como afiliado

- **Tenga en cuenta:** Las siguientes *no* son coberturas válidas para medicamentos recetados: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos para medicamentos.

Medicare determina la cantidad de la multa. Funciona de la siguiente manera:

- En primer lugar, se cuenta la cantidad de meses completos que demoró en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, después de ser elegible para la inscripción. O bien, se cuenta la cantidad de meses completos en los que no tuvo una cobertura válida para medicamentos recetados, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura válida. Por ejemplo, si permanece 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina la cantidad de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare del país en el año anterior. Para 2025, la cantidad promedio de la prima es de **\$36.78**.
- Para calcular la multa mensual, se multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio, y luego se redondea a los 10 centavos más próximos. En este ejemplo, sería el 14% multiplicado por **\$36.78**, que es igual a **\$5.14**. Esto se redondea a **\$5.10**. Esta cantidad se sumaría **a la prima mensual de una persona que tiene una multa por afiliación tardía de la Parte D**.

Existen tres elementos importantes a tener en cuenta sobre esta multa por afiliación tardía de la Parte D mensual:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, porque la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- Segundo, **usted continuará pagando una multa** todos los meses durante el tiempo en que esté afiliado a un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Tercero, si usted tiene menos de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la multa por afiliación tardía de la Parte D volverá a cero cuando usted cumpla 65. Después de los 65 años, la multa por afiliación tardía de la Parte D se basará solo en los meses que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial por envejecimiento en Medicare.

Si no está de acuerdo con su multa por afiliación tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar la revisión **en un plazo de 60 días** desde la fecha de la primera carta que reciba en la que se le informe que debe pagar una multa por afiliación tardía. Si estaba pagando una multa antes de afiliarse a nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de dicha multa por afiliación tardía.

Importante: no deje de pagar la multa por afiliación tardía de la Parte D mientras espera la revisión de la decisión sobre su multa por afiliación tardía. De lo contrario, se le podría desafiliar por no pagar sus primas.

Sección 4.4 Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos

Es posible que algunos afiliados deban pagar un cargo adicional, denominado Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos de la Parte D, también conocido como IRMAA, por sus siglas en inglés. El cargo adicional se calcula utilizando sus ingresos brutos ajustados modificados según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de dos años atrás. Si esta cantidad supera cierta cantidad, usted pagará la cantidad de la prima estándar y la IRMAA adicional. Para obtener más información sobre la cantidad adicional que es posible que tenga que pagar en función de sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Capítulo 1 Cómo comenzar como afiliado

Si tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta informándole cuál será la cantidad adicional. La cantidad adicional será retenida de su cheque de beneficio de Seguro Social, la Junta de Jubilación Ferroviaria o la Oficina de Administración de Personal, sin importar la manera en que usted generalmente pague su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional adeudada. Si su cheque de beneficio no es suficiente para cubrir la cantidad adicional, usted recibirá una factura de Medicare. **Usted debe pagar la cantidad adicional directamente al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si no paga la cantidad adicional, se le desafiliará del plan y perderá su cobertura para medicamentos recetados.**

Si no está de acuerdo en que debe pagar una cantidad adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Si desea más información acerca de cómo hacerlo, contacte con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778).

Sección 4.5 Cantidad del plan de Medicare para el pago de medicamentos recetados

Si usted está participando en el plan de Medicare para el pago de medicamentos recetados, cada mes pagará la prima de su plan (si tiene una) y recibirá una factura de parte de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos recetados (en lugar de pagarle a la farmacia). Su factura mensual se compone de lo que debe por cualquier medicamento recetado que obtiene, más el saldo del mes anterior, dividido por el número de meses que restan en el año.

En el Capítulo 2, Sección 7, encontrará más información sobre el plan de Medicare para el pago de medicamentos recetados. Si no está de acuerdo con la cantidad facturada como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos en el Capítulo 9 para realizar una queja o una apelación.

SECCIÓN 5 Información adicional acerca de su prima mensual**Sección 5.1 Existen varias maneras en las que puede pagar la prima de su plan**

Existen cuatro maneras en las que puede pagar la prima de su plan.

Se le solicitó que eligiera una cuando se inscribió, pero puede cambiar el método de pago en cualquier momento. Las cuatro opciones descritas a continuación son:

- Pagar con cheque
- Establecer pagos automáticos de su cuenta bancaria o tarjeta de crédito
- Establecer pagos automáticos de su cheque de la Junta de jubilación ferroviaria
- Establecer pagos automáticos de su cheque del Seguro Social

Si quiere cambiar su opción de pago, llame a Atención al cliente al 1-844-881-4482, TTY 711. Si selecciona cualquiera de las opciones de pago automático, también puede ir a **es-www.humana.com/pay** e iniciar sesión con su nombre de usuario y contraseña. (Si es la primera vez que inicia sesión, haga clic en “Register for MyHumana” (Registrarse para MyHumana) y siga las instrucciones de la pantalla).

Capítulo 1 Cómo comenzar como afiliado

Si decide cambiar la forma de pago de su prima, puede demorar hasta tres meses para que su nueva forma de pago entre en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de una nueva forma de pago, usted es responsable de asegurarse de que la prima de su plan se pague a tiempo.

Opción 1: Pagar con cheque

Puede pagar con cheque usando el libro de cupones de Humana. Se le enviará por correo antes o cerca de la fecha de vigencia del plan. Si elige esta opción, su prima siempre vencerá el primer día del mes.

Asegúrese de seguir estos pasos para que no haya demoras en el procesamiento de sus pagos:

- Haga el cheque a nombre de Humana. También puede usar un giro postal si no tiene una cuenta de cheques.
- Siempre incluya el cupón junto con el pago y envíelo a la dirección que se indica en el cupón.
- Escriba su número de cuenta de Humana en el cheque. Puede encontrar su número de cuenta en la esquina superior izquierda del cupón.
- Si el pago es para múltiples afiliados o cuentas, escriba todos los números de cuenta en el cheque, así como la cantidad de pago de cada una.
- Si otra persona realiza el pago por usted, asegúrese de que escriba el nombre de usted y el número de cuenta de Humana en el cheque.

Si quiere pagar más de una prima mensual, envíe todos los cupones que quiera pagar de una vez y haga el cheque por la cantidad total.

Recuerde: no haga los cheques a nombre de ni los envíe a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. porque eso podría ocasionar una demora en el pago de su prima.

Si tiene que reemplazar su libro de cupones, llame a Atención al cliente al 1-844-881-4482, TTY 711.

Opción 2: Puede establecer pagos automáticos de su cuenta de cheques o de ahorros, o con la tarjeta de crédito o débito

Puede hacer que le debiten automáticamente la prima mensual de su cuenta de cheques o de ahorros, o que se la carguen automáticamente a su tarjeta de crédito o tarjeta de débito. Puede contactar a Atención al cliente para obtener más información sobre cómo pagar la prima del plan de esta manera o puede visitar **es-www.humana.com/pay** e iniciar sesión en MyHumana para establecer pagos automáticos de su cuenta bancaria o tarjeta de crédito.

Si elige esta opción, debitaremos la prima de su cuenta bancaria, o la cargaremos a su tarjeta, entre el 2 y el 7 de cada mes.

Opción 3: Hacer que su prima se debite de su cheque mensual de la Junta de jubilación ferroviaria

Puede hacer que la prima de su plan se debite de su cheque mensual de la Junta de jubilación ferroviaria. Puede contactar a Atención al cliente para obtener más información sobre cómo pagar la prima del plan de esta manera. Estaremos encantados de ayudarle a establecer esta opción.

Si elige esta opción o la Opción 4 a continuación, puede tardar entre uno y tres cheques de beneficios para que se realice la deducción de la prima, y la deducción inicial incluye la cantidad total de la prima durante este período.

Capítulo 1 Cómo comenzar como afiliado

También puede visitar es-www.humana.com/pay y registrarse en MyHumana para establecer su opción de pago de la RRB o la SSA.

Opción 4: Hacer que su prima se debite de su cheque mensual del Seguro Social

Puede hacer que la prima de su plan se debite de su cheque mensual del Seguro Social. Contacte a Atención al cliente para obtener más información sobre cómo pagar la prima mensual de su plan de esta manera o puede visitar es-www.humana.com/pay e iniciar sesión en MyHumana para establecer su opción de pago de la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés). Estaremos encantados de ayudarle a establecer esta opción.

Si elige esta opción, puede tardar hasta tres meses para que su nuevo método de pago entre en vigencia.

Cambiar la forma en que paga su prima. Si decide cambiar la opción en que paga su prima, su nuevo método de pago puede demorar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la prima de su plan se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, si corresponde, comuníquese con Atención al cliente. Si está seleccionando alguna de las opciones para pagos automáticos, también puede ir a es-www.humana.com/pay e iniciar sesión con su nombre de usuario y contraseña. (Si es la primera vez que inicia sesión, haga clic en Registrarse en MyHumana y siga las instrucciones en pantalla).

Qué hacer si está teniendo dificultades para pagar la prima del plan

Si está teniendo dificultades para pagar su prima a tiempo, contacte a Atención al cliente para ver si podemos referirlo a programas que le ayuden con la prima de su plan. (Los números de teléfono de Atención al cliente están impresos en la contraportada de este manual).

Sección 5.2 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?
--

No. No se nos permite cambiar la cantidad que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si cambia la prima mensual del plan para el próximo año, le informaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia desde el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos la parte de la prima que debe pagar puede cambiar durante el año. Esto sucede si usted es elegible para el programa “Ayuda adicional” o si pierde la elegibilidad para el programa “Ayuda adicional” durante el año. Si un afiliado es elegible para “Ayuda adicional” con los costos de los medicamentos recetados, el programa “Ayuda adicional” pagará parte de la prima mensual del plan del afiliado. El afiliado que pierda la elegibilidad durante el año, deberá comenzar a pagar su prima mensual completa. Puede obtener más información acerca del programa “Ayuda adicional” en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de afiliado del plan

Su registro de afiliado tiene la información de su formulario de inscripción, incluso su dirección y su número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan que incluye a su proveedor de cuidado primario.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan deben tener su información personal correcta. **Estos proveedores de la red usan su registro de afiliado para saber qué servicios y medicamentos incluye su cobertura y las cantidades de costos compartidos que le corresponden.** Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Capítulo 1 Cómo comenzar como afiliado

Infórmenos los siguientes cambios:

- Cambio de nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (como, por ejemplo, de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja doméstica, un programa de compensación laboral o Medicaid)
- Si tiene reclamaciones de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico
- Si fue admitido en un hogar de ancianos
- Si recibe cuidado médico en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- Si cambia la persona responsable designada (como, por ejemplo, el cuidador)
- Si está participando de un estudio de investigación clínica (Tenga en cuenta: no es necesario que informe a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene intención de participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si cambia alguna de esta información, llame a Atención al cliente para informarnos.

También es importante contactar al Seguro Social si se muda o cambia su dirección de correo. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

Medicare exige que recopilemos de usted información acerca de cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que usted pueda tener. Se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios dentro de nuestro plan. Esto se denomina **Coordinación de beneficios**.

Una vez por año, le enviaremos una carta donde se indica cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que conozcamos. Lea toda la información detenidamente. Si es correcta, no deberá hacer nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no está allí, llame a Atención al cliente. Tal vez deba darle a su otro seguro el número de identificación como afiliado de su plan (después de haber confirmado la identidad) para que sus cuentas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando usted tiene otro seguro (como la cobertura de salud grupal de su empleador), existen normas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se conoce como el pagador primario y paga hasta el límite de su cobertura. El que paga segundo es el pagador secundario, y solo paga si queda algún costo pendiente que la cobertura primaria no haya pagado. El pagador secundario podría no pagar por todos los costos que no estén cubiertos. Si tiene otro seguro, dígaselo a su médico, hospital y a su farmacia.

Se aplican las siguientes normas para la cobertura grupal en el plan de salud de su empleador o sindicato:

- Si usted tiene cobertura de jubilado, Medicare paga primero.
- Si su cobertura grupal en el plan de salud proviene de su empleador actual o del empleador actual de un miembro de su familia, quién paga primero dependerá de su edad, la cantidad de empleados que tenga el

Capítulo 1 Cómo comenzar como afiliado

empleador y si usted tiene Medicare por su edad, por una discapacidad o porque tiene Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés):

- Si tiene menos de 65 años y está discapacitado y usted o el miembro de su familia todavía está trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o si es por lo menos un empleador de un plan de empleadores múltiples que tiene más de 100 empleados.
- Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge o pareja doméstica todavía está trabajando, el plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o si por lo menos es un empleador de un plan de empleadores múltiples que tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare porque padece de Enfermedad renal en etapa terminal, su plan de salud grupal paga primero durante los 30 primeros meses después de que usted se vuelva elegible para Medicare.

Los siguientes tipos de coberturas, por lo general, pagan primero por servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin parte culpable (incluido el seguro de automóvil)
- Seguro de responsabilidad (incluido el seguro de automóvil)
- Beneficios para pulmón negro
- Programa de compensación laboral

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por los servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan después de que Medicare y/o los planes grupales de salud provistos por su empleador hayan pagado.

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP)

(cómo contactarnos, incluso cómo ponerse en contacto con Atención al cliente)

Cómo ponerse en contacto con Atención al cliente de nuestro plan

Para recibir ayuda con las reclamaciones, la facturación o si tiene preguntas acerca de la tarjeta de afiliado, llame o escriba a Atención al cliente de Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP). Será un placer ayudarle.

Método	Atención al cliente – Información de contacto
LLAME	1-844-881-4482 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Sin embargo, tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada durante los fines de semana y los días festivos entre el 1 de abril y el 30 de septiembre. Además, Atención al cliente les proporciona servicios gratuitos de intérpretes de otros idiomas a los afiliados que no hablen inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es el mismo que aparece arriba.
FAX	877-889-9934
ESCRIBA A	Humana P.O. Box 14054 Lexington, KY 40512-4054
SITIO WEB	es-www.humana.com/customer-support Chat (Web) en directo disponible a través de es-www.humana.com, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este.

Cómo contactarnos para solicitar una decisión de cobertura o apelación acerca de su cuidado médico

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos recetados de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos la revisión y el cambio de una decisión de cobertura que hemos tomado. Si desea más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones acerca de su cuidado médico o medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Decisiones de cobertura para el cuidado médico – Información de contacto
LLAME	1-844-881-4482 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Sin embargo, tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada durante los fines de semana y los días festivos entre el 1 de abril y el 30 de septiembre. Para decisiones rápidas (aceleradas) de cobertura, llame al 1-866-737-5113.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es el mismo que aparece arriba.
FAX	877-889-9934 para decisiones de cobertura aceleradas únicamente
ESCRIBA A	Humana P.O. Box 14054 Lexington, KY 40512-4054
SITIO WEB	es-www.humana.com/medicare-support/member-guidelines/exceptions-and-appeals Chat (Web) en directo disponible a través de es-www.humana.com, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este.

Método	Decisiones de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAME	1-800-555-2546 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Sin embargo, tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada durante los fines de semana y los días festivos entre el 1 de abril y el 30 de septiembre.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es el mismo que aparece arriba.
FAX	877-889-9934 solo para determinaciones de cobertura.
ESCRIBA A	Humana Clinical Pharmacy Review Attn: Medicare Part D Coverage Determinations P.O. Box 14359 Lexington, KY 40512-4359

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Decisiones de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
SITIO WEB	es-www.humana.com/member/member-rights/pharmacy-authorizations Chat (Web) en directo disponible a través de es-www.humana.com , de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este.

Método	Apelaciones para cuidado médico o medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAME	1-844-881-4482 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Para apelaciones aceleradas médicas, llame al 1-800-867-6601. Para las apelaciones aceleradas para medicamentos recetados de la Parte D, llame al 1-800-451-4651
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es el mismo que aparece arriba.
FAX	888-599-2730
ESCRIBA A	Humana Grievances and Appeals Dept. P.O. Box 14163 Lexington, KY 40512
SITIO WEB	es-www.humana.com/denial Chat (Web) en directo disponible a través de es-www.humana.com , de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este.

Cómo contactarnos para presentar una queja acerca de su cuidado médico

Puede presentar una queja sobre nosotros o uno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluyendo una queja acerca de la calidad del cuidado médico. Este tipo de queja no incluye conflictos con pagos o coberturas. Si desea más información sobre cómo presentar una queja relacionada con su cuidado médico, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Quejas acerca del cuidado médico – Información de contacto
LLAME	1-844-881-4482 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Para quejas formales aceleradas, llame al 1-800-867-6601.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Quejas acerca del cuidado médico – Información de contacto
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es el mismo que aparece arriba.
FAX	888-599-2730
ESCRIBA A	Humana Grievances and Appeals Dept. P.O. Box 14163 Lexington, KY 40512
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja acerca de Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare en línea, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Dónde enviar una solicitud para que paguemos el costo del cuidado médico o un medicamento recibido

Si ha recibido una factura o pagado por servicios (como una factura de un proveedor) por los cuales cree que debemos pagar, es posible que necesite solicitarnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos el pago de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Tenga en cuenta: si nos envía una solicitud de pago y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Solicitudes de pago – Información de contacto
LLAME	1-844-881-4482 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Sin embargo, tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada durante los fines de semana y los días festivos entre el 1 de abril y el 30 de septiembre.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es el mismo que aparece arriba.
ESCRIBA A	Humana P.O. Box 14054 Lexington, KY 40512-4054

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Solicitudes de pago – Información de contacto
SITIO WEB	es-www.humana.com Chat (Web) en directo disponible a través de es-www.humana.com , de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este.

SECCIÓN 2 Medicare

(cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)

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

La agencia federal que está a cargo del programa Medicare es Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamados CMS, por sus siglas en inglés). Esta agencia tiene un contrato con las organizaciones de Medicare Advantage que nos incluye a nosotros.

Método	Medicare – Información de contacto
LLAME	1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los siete días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web oficial gubernamental de Medicare. Le ofrece información actualizada sobre Medicare y temas actuales de Medicare. Además, tiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de cuidado de la salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. Además, puede buscar la información de contacto de Medicare en su estado. Asimismo, el sitio web de Medicare tiene información detallada acerca de su elegibilidad y opciones de inscripción en Medicare con las siguientes herramientas: • Herramienta de elegibilidad de Medicare: proporciona información del estado de elegibilidad de Medicare. • Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare): proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro suplementario a Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas proporcionan un <i>presupuesto</i> de lo que podrían ser sus gastos de desembolso personal en diferentes planes de Medicare.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Medicare – Información de contacto
SITIO WEB (continuación)	También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga acerca de Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP): • Informe a Medicare sobre su queja: puede presentar una queja acerca de Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma muy en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, vaya a su biblioteca o centro para la tercera edad local donde le ayudarán a consultar el sitio web desde sus computadoras. O, puede llamar a Medicare e indicarles la información que está buscando. Ellos encontrarán la información en el sitio web, y la revisarán con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia en seguros de salud (ayuda e información gratis y respuestas a sus preguntas acerca de Medicare)

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa del gobierno con asesores capacitados en cada estado. La información de contacto del Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP) se puede encontrar en el “Anexo A” en la parte final de este documento.

El Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP) es un programa estatal independiente (no tiene conexión con ninguna compañía de seguro o plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento local y gratis sobre el seguro médico a las personas con Medicare.

Los asesores de SHIP pueden ayudarle a comprender sus derechos de Medicare, ayudarle a presentar quejas sobre su cuidado médico o tratamiento, y ayudarle a solucionar los problemas con las facturas de Medicare. Los asesores de SHIP además pueden ayudarle con preguntas o problemas con Medicare y ayudarle a comprender las opciones de planes de Medicare y responder preguntas acerca del cambio de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER A SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite <https://www.shiphelp.org> (Haga clic en SHIP LOCATOR en el centro de la página)
- Seleccione su **ESTADO** de la lista. Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

SECCIÓN 4

Organización para el mejoramiento de la calidad

En cada estado existe una Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO, por sus siglas en inglés) designada para prestar servicios a los beneficiarios de Medicare. La información de contacto de su Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO) se puede encontrar en el “Anexo A” en la parte final de este documento.

La Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO) tiene un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud pagados por Medicare para controlar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado médico de las personas con Medicare. La QIO es una organización independiente. No tiene conexión con nuestro plan.

Debe ponerse en contacto con su QIO en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Tiene una queja acerca de la calidad del cuidado médico recibido.
- Piensa que la cobertura de su hospitalización está terminando demasiado pronto.
- Piensa que la cobertura de los servicios de cuidado médico en el hogar, del centro de enfermería especializada o del Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) está terminando demasiado pronto.

SECCIÓN 5

Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y de manejar la inscripción en Medicare. Los ciudadanos de EE.UU. y residentes permanentes legales de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal y cumplan con ciertas condiciones, reúnen los requisitos para tener Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social es también responsable de determinar quién tiene que pagar una cantidad adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tengan ingresos superiores. Si usted recibió una carta del Seguro Social que le dice que usted tiene que pagar la cantidad adicional y tiene preguntas sobre la cantidad, o si sus ingresos bajaron debido a un evento que cambió su vida, puede llamar al Seguro Social para pedir la reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección de correo, es importante que se ponga en contacto con el Seguro Social para informárselo.

Método	Seguro Social – Información de contacto
LLAME	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para escuchar la información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Seguro Social – Información de contacto
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Para estar inscrito en este Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad, usted debe estar inscrito en Medicare y también debe recibir ciertos niveles de asistencia de Department of Medical Assistance Services (Medicaid). (Consulte el Capítulo 1, Sección 2.1 “Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan” para los requisitos específicos para este plan).

Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que provee ayuda con los costos médicos a algunas personas de recursos e ingresos limitados.

Doble elegibilidad para beneficios completos (FBDE, por sus siglas en inglés): Asistencia financiera puede estar disponible para pagar las primas de Medicare Parte A, las primas de Medicare Parte B y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos) y provee beneficios de Medicaid completos.

Además, existen programas que se ofrecen a través de Medicaid y que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, tales como sus primas de Medicare. Dichos “Programas de ahorros de Medicare” ayudan a las personas de recursos e ingresos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario de Medicare elegible Plus (QMB+, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de las Partes A y B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos) y proporciona beneficios completos de Medicaid para los servicios de Medicaid proporcionados por proveedores de Medicaid.
- **Beneficiario especificado de bajos ingresos de Medicare Plus (SLMB +, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte B y proporciona beneficios completos de Medicaid para los servicios de Medicaid proporcionados por proveedores de Medicaid.

Si tiene preguntas acerca de la ayuda que recibe de Medicaid, póngase en contacto con Department of Medical Assistance Services (Medicaid). La información de contacto de Department of Medical Assistance Services (Medicaid) se puede encontrar en el “Anexo A” en la parte final de este documento.

La Office of the Managed Care Ombudsman (Oficina del mediador de cuidado administrado) ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas con los servicios o las facturas. Pueden ayudarle a presentar una queja formal o apelación con nuestro plan.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Office of the Managed Care Ombudsman - Contact Information
TELÉFONO	1-804-371-9032 o 1-877-310-6560
POR ESCRITO	P.O. Box 1157 Richmond, VA 23218 Correo electrónico: ombudsman@scc.virginia.gov
SITIO WEB	https://www.scc.virginia.gov/pages/Office-of-the-Managed-Care-Ombudsman

La Virginia Office of the State Long-Term Care Ombudsman (Oficina del estado de Virginia del mediador de cuidado a largo plazo) ayuda a las personas a obtener información sobre los hogares de ancianos y resolver problemas entre los hogares de ancianos y residentes o sus familias.

Método	Virginia Office of the Managed Care Ombudsman - Contact Information
TELÉFONO	1-804-565-1600 o 1-800-552-5019
POR ESCRITO	8004 Franklin Farms Drive Henrico, VA 23229-5019 Correo electrónico: Ombudsman@dars.virginia.gov
SITIO WEB	https://www.elderrights.virginia.gov

SECCIÓN 7 Información acerca de programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados

El sitio web de Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>) provee información sobre cómo reducir los costos de los medicamentos recetados. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas para ayudar, descritos a continuación.

Programa “Ayuda adicional” de Medicare

Debido a que usted reúne los requisitos para Medicaid, usted es elegible para recibir y está recibiendo “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Usted no necesita hacer nada más para obtener esta “Ayuda adicional”.

Si tiene preguntas sobre “Ayuda adicional”, llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 (solicitudes), las 24 horas del día, los siete días de la semana;
- La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o bien
- Department of Medical Assistance Services (Medicaid). Se puede encontrar información de contacto para Department of Medical Assistance Services (Medicaid) en el “Anexo A” en las últimas páginas de este documento.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Si cree que está pagando una cantidad de costos compartidos incorrecta al surtir su medicamento recetado en la farmacia, nuestro plan tiene un proceso para usted para obtener una prueba sobre cuál es su nivel de copago adecuado o, si ya tiene la prueba, para que nos la proporcione.

- Si ya tiene un documento que compruebe que es elegible para recibir “Ayuda adicional”, también puede mostrarlo la próxima vez que vaya a una farmacia para surtir un medicamento recetado. Puede utilizar cualquiera de los siguientes documentos como prueba ante nosotros, o para mostrarlo como prueba en la farmacia.

Prueba de que usted ya tiene el estado de “Ayuda adicional”

- Una copia de su tarjeta de Department of Medical Assistance Services (Medicaid) que muestre su nombre y la fecha en la que comenzó a reunir los requisitos para la “Ayuda adicional”. La fecha tiene que ser del mes de julio o más tarde del año pasado.
- Una carta de la Administración del Seguro Social que muestre su estado de “Ayuda adicional”. Esta carta podría llamarse Información importante, Carta de asignación, Aviso de cambio o Aviso de acción.
- Una carta de la Administración del Seguro Social que muestre que usted recibe Ingreso suplementario de seguridad. Si ese es el caso, usted también es elegible para “Ayuda adicional”.

Prueba de que usted tiene el estado activo en Department of Medical Assistance Services (Medicaid) que cumple con los requisitos para “Ayuda adicional”

- Una copia de cualquier documento estatal o cualquier copia impresa del sistema estatal que muestre su estado activo en Medicaid que cumple con los requisitos para “Ayuda adicional”. La fecha activa mostrada tiene que ser del mes de julio o más tarde del año pasado.

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

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

- Un estado de facturación del centro médico que muestre el pago de Medicaid
- Una copia de cualquier documento estatal o cualquier copia impresa del sistema estatal que muestre el pago de Medicaid para usted

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

Humana
P.O. Box 14054
Lexington, KY 40512-4054

- Cuando recibamos la prueba que muestre el nivel de su copago, actualizaremos nuestro sistema de manera que pueda pagar el copago correcto cuando obtenga el próximo medicamento recetado en la farmacia. Si pagó de más por su copago, le reembolsaremos la cantidad correspondiente. Le enviaremos un cheque con la cantidad del sobrepago, o bien deduciremos copagos futuros. Si la farmacia no ha recibido el copago y usted tiene esa deuda, es posible que le paguemos directamente a la farmacia. Si el estado realizó el pago en su nombre, es posible que le paguemos directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con Atención al cliente.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

¿Qué sucede si usted tiene “Ayuda adicional” y cobertura del Programa estatal de ayuda farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés)?

Muchos estados y las Islas Vírgenes de los EE. UU. ofrecen ayuda para pagar por los medicamentos recetados, primas del plan de medicamentos y/u otros costos de los medicamentos. Si está inscrito en un Programa estatal de ayuda farmacéutica (SPAP), “Ayuda adicional” de Medicare paga primero.

¿Qué sucede si usted tiene “Ayuda adicional” y cobertura del Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés)?

¿Qué es el Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

El Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas que están viviendo con VIH/SIDA y que reúnen los requisitos para el programa ADAP a tener acceso a medicamentos esenciales contra el VIH. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del ADAP son elegibles para asistencia para los costos compartidos de los medicamentos recetados a través del ADAP que opera en su estado. **Tenga en cuenta:** para reunir los requisitos para el programa ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, incluidos la prueba de residencia estatal y condición de VIH, bajos ingresos, según lo definido por el estado, y no tener seguro o tener seguro insuficiente. Si cambia de planes, notifique a su trabajador de inscripción de ADAP local para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al ADAP que opera en su estado. La información de contacto de su Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP) se puede encontrar en el “Anexo A” en la parte posterior de este documento.

Programas estatales de ayuda farmacéutica

Muchos estados tienen Programas estatales de ayuda farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés) que ayudan a algunas personas a pagar los medicamentos recetados según sus necesidades económicas, su edad, afección médica o discapacidades. Cada estado tiene normas diferentes para proporcionar cobertura de medicamentos a sus afiliados.

La información de contacto del Programa estatal de ayuda farmacéutica (SPAP) se puede encontrar en el “Anexo A” en la parte final de este documento.

Plan de Medicare para el pago de medicamentos recetados

El plan de Medicare para el pago de medicamentos recetados es una nueva opción de pago que trabaja con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarle a administrar el costo de sus medicamentos para que se repartan en **pagos mensuales que pueden variar a lo largo del año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le permite ahorrar dinero ni bajar el costo de los medicamentos.** La “Ayuda adicional” de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para quienes califican, es más beneficiosa que la participación en el plan de Medicare para el pago de medicamentos recetados. Todos los afiliados son elegibles para ingresar en esta opción de pago, sin importar el nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura en los medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Contáctenos o visite Medicare.gov para descubrir si esta opción de pago es adecuada para usted.

Método	Plan de Medicare para el pago de medicamentos recetados – Información de contacto
SITIO WEB	Para aprender más sobre esta opción de pago, visite es-www.Humana.com/RxCostHelp

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Plan de Medicare para el pago de medicamentos recetados – Información de contacto
LLAME	1-844-881-4482 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Sin embargo, tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada durante los fines de semana y los días festivos entre el 1 de abril y el 30 de septiembre. Atención al cliente también ofrece servicios de intérprete de idiomas gratis disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es el mismo que aparece arriba.
ESCRIBA A	Humana P.O. Box 14168 Lexington, KY 40512-4168

SECCIÓN 8 **Cómo ponerse en contacto con la Junta de Jubilación Ferroviaria**

La Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB, por sus siglas en inglés) es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los trabajadores de ferrocarriles de la nación y sus familias. Si recibe Medicare a través de la Junta de Jubilación Ferroviaria, es importante que les informe si se muda o cambia su dirección de correo. Si tiene preguntas acerca de los beneficios de la Junta de Jubilación Ferroviaria, póngase en contacto con la agencia.

Método	Junta de Jubilación Ferroviaria – Información de contacto
LLAME	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, podrá hablar con un representante de la RRB de 9:00 a.m. a 3:30 p.m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. los miércoles. Si presiona “1”, podrá acceder a la Línea de ayuda automatizada de la RRB y obtener información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Junta de Jubilación Ferroviaria – Información de contacto
SITIO WEB	rrb.gov

SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador?

Si usted (o su cónyuge o pareja doméstica) recibe los beneficios del grupo de su empleador o de jubilados (o el de su cónyuge o pareja doméstica) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador o sindicato, o a Atención al cliente si tiene alguna pregunta. Puede solicitar información acerca de sus beneficios de salud, primas, o el período de inscripción (o los de su cónyuge o pareja doméstica) del plan de empleador o para jubilados. (Los números de teléfono de Atención al cliente están impresos en la contraportada de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene alguna pregunta sobre su cobertura de Medicare bajo este plan.

Si tiene otra cobertura para medicamentos recetados a través del grupo de su empleador o jubilados (o el de su cónyuge o pareja doméstica), póngase en contacto con el **administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios le puede ayudar a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos recetados con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:

Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 1 Lo que debe saber para obtener cuidado médico y otros servicios como afiliado de nuestro plan

Este capítulo le explica lo que debe saber para usar el plan de manera que su cuidado médico y otros servicios estén cubiertos. Le provee definiciones de términos y le explica las normas que deberá seguir para recibir los tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos recetados y otros cuidados médicos cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué cuidado médico y otros servicios que cubre nuestro plan, utilice la tabla de beneficios del siguiente capítulo, Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto*).

Sección 1.1 ¿Qué son los proveedores de la red y los servicios cubiertos?

- Los **proveedores** son médicos y otros profesionales del cuidado de la salud autorizados por el estado para proveer servicios y cuidado médico. El término proveedores también incluye hospitales y otros centros de cuidado de la salud.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales del cuidado de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de cuidado de la salud que tienen un acuerdo con nosotros de aceptar nuestro pago como pago total. Hemos coordinado que estos proveedores brinden los servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente el cuidado médico que le proveen a usted. Cuando usted consulta a un proveedor de la red, no paga nada por los servicios cubiertos.

Si tiene protección de Department of Medical Assistance Services (Medicaid) contra el pago de costos compartidos, consulte el Capítulo 4, Sección 1.1, para obtener más información sobre la protección de Medicaid contra el pago de costos compartidos de Medicare.

- Los **servicios cubiertos** incluyen todo el cuidado médico, los servicios de cuidado de la salud, los suministros, el equipo y los medicamentos recetados que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos para cuidado médico se listan en la tabla de beneficios del Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados se analizan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener la cobertura del plan para el cuidado médico y otros servicios

Como plan de salud de Medicare y Medicaid, Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare original y puede ofrecer otros servicios, además de los cubiertos bajo Medicare original, que aparecen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4.

Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP), por lo general, cubrirá su cuidado médico siempre y cuando:

- **El cuidado médico que reciba esté incluido en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **El cuidado médico que reciba se considere necesario por razones médicas.** Necesario por razones médicas significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención,

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

- **Usted tenga un proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) de la red que provea y supervise su cuidado médico.** Como afiliado de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - Su PCP de la red coordinará el cuidado médico que reciba de otros proveedores de la red del plan, como por ejemplo especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de cuidado de la salud en el hogar. Sin embargo, no se necesitan referidos para recibir servicios cubiertos de proveedores dentro de la red. Si desea más información, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
- **Debe recibir cuidado médico de un proveedor de la red** (para obtener más información, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, el cuidado médico que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan) no estará cubierto. Esto significa que usted tendrá que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios proporcionados. *Estas son tres excepciones:*
 - El plan cubre el cuidado médico en casos de emergencia o los servicios que se necesitan con urgencia que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y para saber qué significa servicios en caso de emergencia o servicios que se necesitan con urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita cuidado médico que Medicare requiera que sea cubierto por nuestro plan, pero no hay especialistas en nuestra red que provean ese cuidado, puede recibirlo de un proveedor fuera de la red con el mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. Usted debe obtener autorización del plan antes de buscar cuidado médico de un proveedor fuera de la red. En esta situación, cubriremos estos servicios sin costo. Si desea más información acerca de la obtención de aprobación para consultar un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio esté temporalmente no disponible o inaccesible. Los costos compartidos que usted paga al plan por diálisis nunca pueden superar los costos compartidos en Medicare original. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y recibe la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su costo compartido no puede superar el costo compartido que usted paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de la red para diálisis no está disponible temporalmente y usted opta por obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido para la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Uso de los proveedores de la red del plan para recibir cuidado médico y otros servicios

Sección 2.1	Usted debe elegir un proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) para proveer y supervisar su cuidado médico
--------------------	---

¿Qué es un PCP y qué hace por usted?

Un “PCP” es su proveedor de cuidado primario. Cuando usted se inscribe como afiliado del plan, debe elegir un médico de la red para que sea su proveedor de cuidado primario (PCP). Su proveedor de cuidado primario es un

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

proveedor que reúne los requisitos de licencia estatales y que está capacitado para brindarle cuidado médico básico.

Tener un PCP es un paso importante para manejar su bienestar general. Como el médico que mejor conoce su historia clínica, su PCP puede proveer el cuidado de la salud rutinario y el cuidado preventivo continuo para mantenerle lo más sano posible. Si necesita ver a un especialista o recibir otros servicios como:

- Radiografías
- Pruebas de laboratorio
- Terapia física
- Cuidado de especialistas
- Admisiones de hospital
- Cuidado de seguimiento

Su PCP puede ayudarle a garantizar que todo su cuidado esté coordinado consultando con otros proveedores de la red sobre su cuidado.

Su plan requiere que usted tenga un PCP, pero no necesita ser referido por su PCP para ver a otros médicos de la red ni para recibir los servicios cubiertos que se indican en el Capítulo 3, Sección 2.2 a continuación. En algunos casos, su PCP deberá obtener la autorización previa (aprobación previa). El Capítulo 4 tiene más información sobre los servicios que requieren autorización previa.

Simplemente llame a su PCP para hacer una cita cuando la necesite. Para ayudar a su PCP a entender su historia clínica y supervisar todo su cuidado médico, es recomendable que sus médicos anteriores le envíen sus expedientes médicos anteriores a su nuevo PCP.

¿Cómo recibe cuidado médico de su PCP?

Por lo general, verá primero a su PCP para la mayoría de sus necesidades de cuidado rutinario de la salud. Sin embargo, hay algunos tipos de servicios cubiertos que usted puede recibir por su propia cuenta, sin contactar primero a su PCP. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.2, para obtener más información.

Si es después del horario laborable y usted tiene una necesidad de cuidado médico rutinario, vuelva a llamar a su PCP durante el horario laborable. Si usted tiene una emergencia o si tiene una necesidad urgente de cuidado médico después del horario laborable, consulte las Secciones 3.1 o 3.2 en este capítulo.

¿Cómo puede elegir a su PCP?

Cuando se inscribió, recibió un *Directorio de proveedores* con una lista de muchos PCP en su área. Si necesita ayuda para encontrar o elegir uno, llame a Atención al cliente o siempre puede ver la lista más actualizada en línea en **[es-www.humana.com/findadoctor](https://www.humana.com/findadoctor)**.

Para elegir un PCP que sea adecuado para usted, llámelos y pregunte cuánto tiempo suele llevar obtener una cita y asegúrese de que el horario de atención sea conveniente para usted. Si hay hospitales de la red en particular que cree que le gustaría usar, también debe preguntar si el PCP los usa.

Cuando usted recibe su tarjeta de identificación de afiliado de Humana, el nombre y número de teléfono de su PCP estarán impresos en la misma, para que usted los tenga siempre a mano.

Cambio de su PCP

Puede cambiar su PCP por cualquier motivo en cualquier momento. Además, es posible que su PCP deje de pertenecer a la red de proveedores del plan, por lo que tendría que buscar un nuevo PCP.

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Para cambiar de PCP, llame a Atención al cliente. Nos aseguraremos de que su nuevo PCP esté aceptando nuevos pacientes y luego le enviaremos su tarjeta de identificación de afiliado actualizada. El cambio, por lo general, entra en vigor el primer día del mes después de su llamada.

Asegúrese de informarle a Atención al cliente si actualmente está consultando a un especialista o a cualquier otro proveedor que requirió un referido de su antiguo PCP. Nosotros nos aseguraremos de que usted pueda continuar con todos los servicios que ya le habían sido aprobados.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de cuidado médico y otros servicios puede recibir sin un referido de su PCP?

Puede recibir los servicios que se indican a continuación sin obtener la aprobación previa de su PCP.

- Cuidado de la salud rutinario para la mujer, que incluye exámenes de mama, mamografías de detección (radiografías de mama), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre que los reciba de un proveedor de la red.
- Vacunas (o inyecciones) contra la influenza, vacunas contra el COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía siempre que las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios en casos de emergencia que reciba de proveedores de la red o fuera de la red.
- Los servicios que se necesitan con urgencia cubiertos por el plan, que son los que requieren atención médica inmediata que no son de emergencia, si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o no es razonable, debido al tiempo, el lugar y las circunstancias, obtener dicho servicio por parte de proveedores de la red con los cuales el plan tiene contrato. Algunos ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son lesiones o enfermedades médicas imprevistas o reapariciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, las consultas rutinarias al proveedor médicamente necesarias, como chequeos anuales, no son considerados necesarios con urgencia incluso si usted está fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan. Si fuera posible, llame a Atención al cliente antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a coordinar el servicio de diálisis de mantenimiento para usted mientras se encuentre en otro lugar.
- Todos los servicios preventivos cubiertos que reciba de proveedores de la red. Estos servicios se indican con una 🍏 en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.
- Beneficios suplementarios cubiertos por el plan. Estos servicios se indican con un asterisco (*) en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

Sección 2.3 Cómo obtener cuidado médico de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que provee servicios de cuidado de la salud para una enfermedad o parte del cuerpo en particular. Existen muchos tipos de especialistas. Estos son algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones cardíacas (del corazón).
- Los ortopedistas atienden a pacientes con ciertas afecciones de los huesos, las articulaciones o los músculos.

Referidos

No se necesita referido para los servicios cubiertos.

Para ciertos tipos de servicios, es posible que su PCP necesite recibir la aprobación por adelantado de nuestro plan (esto se llama obtener la “autorización previa”). Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red abandona el plan?

Es posible que hagamos cambios a los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Si su médico o especialista abandona su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que resumimos a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare nos exige proveerle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas acreditados.
- Le notificaremos que su proveedor va a abandonar nuestro plan para que usted tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de cuidado primario o de salud del comportamiento abandona nuestro plan, se lo notificaremos si usted ha visto a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, se lo notificaremos si usted es asignado al proveedor, si actualmente recibe cuidado de él o si lo ha visto en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos en la selección de un nuevo proveedor acreditado de la red al que pueda acceder para continuar con el cuidado.
- En caso de que usted actualmente esté recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que el tratamiento o terapias que está recibiendo por razones médicas continúe, y nosotros vamos a trabajar con usted para asegurarnos de que así sea.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Coordinaremos cualquier beneficio cubierto necesario por razones médicas fuera de nuestra red de proveedores, pero al costo compartido dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Se requiere autorización previa para que el servicio sea cubierto.
- Si usted se entera de que su médico o especialista está abandonando su plan, contáctenos para que podamos ayudarle a buscar un nuevo proveedor para manejar su cuidado.
- Si cree que no le hemos provisto un proveedor acreditado para reemplazar a su proveedor anterior o que su cuidado médico no está siendo administrado debidamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad del cuidado ante la QIO, una queja formal sobre la calidad del cuidado ante el plan, o ambas cosas. Consulte el Capítulo 9.

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**Sección 2.4 Cómo obtener cuidado médico de proveedores fuera de la red**

Su PCP de la red debe darle aprobación previa antes de que usted pueda consultar a proveedores que no pertenecen a la red del plan. Esto se llama darle un “referido”. Si desea más información acerca de esto y las situaciones en que puede consultar a un proveedor fuera de la red sin referido (como un caso de emergencia), consulte las Secciones 2.2 y 2.3 de este capítulo. Si usted no obtiene un referido (la aprobación por adelantado) antes de recibir los servicios de un proveedor fuera de la red, es posible que usted mismo deba pagar por dichos servicios.

Pídale a un proveedor fuera de la red que le facture al plan los servicios que usted considera que debemos cubrir. Si el proveedor se niega a facturar al plan y le envía una factura que usted considera que nosotros debemos pagar, puede enviárnosla para que se la paguemos al proveedor. Si el proveedor se niega a facturar al plan y usted le paga, le reembolsaremos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos el pago de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información acerca de cómo proceder si recibe una factura o si necesita solicitar el reembolso.

Para ciertos tipos de servicios, es posible que su médico necesite recibir la aprobación por adelantado de nuestro plan (esto se llama obtener la “autorización previa”). Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener más información sobre los servicios que requieren autorización previa.

Tenga en cuenta: Usted tiene derecho a recibir servicios de proveedores fuera de la red para servicios en casos de emergencia o servicios que se necesitan con urgencia. Además, los planes deben cubrir los servicios de diálisis para los afiliados con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) que han viajado fuera del área de servicio del plan y no pueden acceder a los proveedores de cuidado para ESRD contratados.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en casos de emergencia o cuidado médico que se necesita con urgencia o durante un desastre

Sección 3.1 Cómo obtener cuidado médico en caso de una emergencia médica

¿Qué es una emergencia médica y qué debe hacer en caso de que ocurra?

Una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona legítima prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud, considera que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño por nacer), la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad, o la pérdida o la generación de una disfunción grave en una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor grave o afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda médica lo antes posible.** Llame al 911 para recibir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia, si fuera necesario. No necesita obtener una aprobación o referido previo de su PCP. No es necesario que utilice un médico de la red. Puede recibir cuidado médico de emergencia cubierto cuando lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada, incluso si no forma parte de nuestra red.

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- **Asegúrese lo antes posible de que nuestro plan haya sido informado acerca de su emergencia.**

Necesitamos realizar el seguimiento posterior del cuidado médico de emergencia. Usted u otra persona deberá llamar para informarnos acerca del cuidado médico de emergencia, generalmente dentro de las siguientes 48 horas. Llame a Atención al cliente al número de teléfono que está impreso en la contraportada de este documento.

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en las situaciones en que llegar a la sala de emergencias de cualquier otro modo podría poner en peligro su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le proveen cuidado médico de emergencia decidirán el momento en que su condición esté estable y la emergencia médica haya finalizado.

Después de que la emergencia haya finalizado, tiene derecho a recibir cuidado de seguimiento para garantizar que su condición siga estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que sus médicos se comuniquen con nosotros y se hagan planes de cuidado médico adicional. El cuidado de seguimiento está cubierto por nuestro plan. Si recibe cuidado médico de emergencia de un proveedor fuera de la red, intentaremos coordinar que proveedores de la red se encarguen de su cuidado médico tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué sucede si no se trataba de una emergencia médica?

En algunas ocasiones puede resultar difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, puede acudir por cuidado médico de emergencia, creyendo que su salud se encuentra en grave peligro, y el médico puede indicar que en realidad no se trataba de una emergencia médica. Si se concluye que no era una emergencia, siempre y cuando usted haya considerado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su cuidado médico.

Sin embargo, después de que el médico haya dicho que *no* era un caso de emergencia, cubriremos cuidado médico adicional *solo* si obtiene el cuidado médico adicional de una de estas dos maneras:

- Acude a un proveedor de la red para obtener el cuidado médico adicional
- – o – el cuidado médico adicional que recibe se considera servicios que se necesitan con urgencia y usted sigue las normas para obtener el cuidado de urgencia (para obtener más información, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Cómo obtener servicios que se necesitan con urgencia**¿Qué son los servicios que se necesitan con urgencia?**

Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es de emergencia es un servicio que se necesita con urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o no es razonable, debido al tiempo, el lugar y las circunstancias, obtener dicho servicio por parte de proveedores dentro de la red con los cuales el plan tiene contrato. Algunos ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son lesiones o enfermedades médicas imprevistas o reapariciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, las consultas rutinarias al proveedor médicamente necesarias, como chequeos anuales, no son considerados necesarios con urgencia incluso si está fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**¿Qué sucede si se encuentra dentro del área de servicio del plan cuando necesita cuidado de urgencia?**

Siempre debe tratar de obtener servicios que se necesitan con urgencia de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores están temporalmente no disponibles o no se pueda acceder a ellos y no es razonable esperar para obtener cuidado médico, cubriremos los servicios que se necesitan con urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

El *Directorio de proveedores* del plan le informará acerca de qué centros de cuidado de urgencia en su área están dentro de la red. Esta información también se puede encontrar en línea en **[es-www.humana.com/findadoctor](https://www.humana.com/findadoctor)**. Para cualquier otra pregunta con respecto a los servicios que se necesitan con urgencia, póngase en contacto con Atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

¿Qué sucede si se encuentra fuera del área de servicio del plan cuando necesita cuidado de urgencia?

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

Nuestro plan cubre servicios de cuidado médico en casos de emergencia y cuidado de urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias. Si necesita cuidado médico en casos de emergencia o cuidado de urgencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable de pagar por adelantado los servicios prestados y de solicitarnos el reembolso. Le reembolsaremos por servicios cubiertos de cuidado de urgencia y cuidado médico en casos de emergencia fuera de la red que usted reciba fuera de los EE. UU. y sus territorios. Sin embargo, las tarifas de reembolso no superarán las tarifas que Medicare original pagaría por dichos servicios si los servicios se hubieran prestado en los Estados Unidos en la localidad donde usted reside. La cantidad que le paguemos, si corresponde, se reducirá por cualquier costo compartido aplicable. Debido a que reembolsaremos a tarifas que no superen las tarifas que Medicare original reembolsaría, y a que los proveedores extranjeros podrían cobrar por sus servicios cantidades superiores a las tarifas que Medicare original pagaría, el total de nuestro reembolso más los costos compartidos aplicables podría ser inferior a las cantidades que usted pague al proveedor extranjero. Este es un beneficio suplementario que generalmente no está cubierto por Medicare. Deberá enviar un comprobante de pago a Humana para obtener un reembolso. Consulte el Capítulo 4, *(Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto)* para obtener más información. Si usted ya pagó por los servicios cubiertos, nosotros le reembolsaremos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos. Puede enviarnos la factura junto con los expedientes médicos para que consideremos el pago. Consulte el Capítulo 7 *(Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos)* para obtener información acerca de cómo proceder si recibe una factura o si necesita solicitar el reembolso.

Sección 3.3 Cómo obtener cuidado médico durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el Presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir cuidado médico de su plan.

Visite el siguiente sitio web: **[es-www.humana.com/alert](https://www.humana.com/alert)** para obtener información sobre cómo obtener el cuidado médico necesario durante un desastre.

Si no puede utilizar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener cuidado de proveedores fuera de la red a los costos compartidos dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios?

Sección 4.1 Puede solicitarnos el pago de los servicios cubiertos

Si pagó por los servicios cubiertos, o si recibió una factura por los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos el pago de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información acerca de cómo proceder.

Sección 4.2 ¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan?

Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP) cubre todos los servicios necesarios por razones médicas según se detallan en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficio, usted también paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado por completo el beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Pagar los costos una vez que se haya alcanzado un límite de beneficio **no** se tendrá en cuenta para calcular su cantidad máxima de desembolso personal. Puede llamar a Atención al cliente cuando desee saber cuánto ha utilizado de su límite de beneficio.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando se encuentra en un estudio de investigación clínica?

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también llamado un *ensayo clínico*) es la manera en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de cuidado médico, como el grado de eficacia de un nuevo medicamento para tratar el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio, y usted exprese interés, alguien que trabaja en el estudio le contactará para explicarle más acerca del estudio y ver si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que dirigen el estudio. Puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con los requisitos del estudio y comprenda y acepte por completo lo que implica su participación en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare original pagará la mayoría de los costos por los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si usted nos informa que está en un ensayo clínico elegible, entonces solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios de ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó la cantidad del costo compartido de Medicare original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó. Cuando forma parte de un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto del cuidado médico (el cuidado que no esté relacionado con el estudio) a través de nuestro plan.

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita hacérselo saber ni obtener nuestra aprobación o la de su PCP. Los proveedores que le brindan cuidado médico como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan formar parte de la red de proveedores de nuestro plan. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que es responsable nuestro plan que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones de cobertura nacional que requieran cobertura con desarrollo de evidencia (NCDs-CED, por sus siglas en inglés), y en los estudios de exención con dispositivos en etapa de investigación (IDE, por sus siglas en inglés) y pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan.

Aunque no necesita obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para los afiliados de Medicare Advantage por Medicare original, le recomendamos que nos notifique con anticipación cuando elija participar en ensayos clínicos elegibles según Medicare.

Si usted participa en un estudio no aprobado por Medicare o nuestro plan, *usted será responsable del pago de todos los costos de su participación en el estudio.*

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?

Cuando participa en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Medicare original cubre los artículos y servicios rutinarios que reciba como parte del estudio de investigación, lo que incluye:

- Alojamiento y comida por la hospitalización que Medicare pagaría incluso si no formara parte de un estudio
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación
- Tratamiento de los efectos secundarios y complicaciones del nuevo cuidado médico

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo por estos servicios, nuestro plan pagará el resto. Al igual que con todos los servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos que reciba en el estudio de investigación clínica.

Cuando forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán lo siguiente:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando a menos que Medicare cubra el artículo o servicio incluso si usted *no* formara parte del estudio.
- Los artículos o servicios que le provean solo para recopilar datos, y no se utilicen para el cuidado directo de la salud. Por ejemplo, Medicare no pagará las tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio si su afección médica normalmente requiere solo una.
- Los artículos o servicios que los patrocinadores de la investigación proporcionan habitualmente sin cargo a cualquier inscrito en el ensayo.

¿Desea saber más?

Puede obtener más información acerca de la participación en un estudio de investigación clínica visitando el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare and Clinical Research Studies* (Medicare y los estudios de investigación clínica). (La publicación está disponible en: <https://www.medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf>.) También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para obtener cuidado en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud?

Una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud es un centro que provee cuidado para una afección que comúnmente sería tratada en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir cuidado médico en un hospital o centro de enfermería especializada está en contra de las creencias religiosas del afiliado, en su lugar, nuestro plan proveerá cobertura por el cuidado en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud. Este beneficio solo se provee para los servicios de paciente internado de la Parte A (servicios de cuidado no médico de la salud).

Sección 6.2 Recibir cuidado de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud

Para recibir cuidado de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud, deberá firmar un documento legal que exprese que usted se opone por motivos de conciencia a recibir tratamiento médico **“no exceptuado”**.

- El tratamiento o el cuidado médico **“no exceptuado”** es cualquier cuidado médico o tratamiento *voluntario y no requerido* por ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico **“exceptuado”** es el cuidado médico o el tratamiento que recibe que *no* es voluntario o que *se requiere* por ley federal, estatal o local.

Para tener cobertura del plan, el cuidado que reciba de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud deberá cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que provea el cuidado debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura del plan para los servicios que reciba está limitada a los aspectos *no religiosos* del cuidado.
- Si recibe servicios de esta institución que se le provean en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - debe tener una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos de cuidado hospitalario a pacientes internados o cuidado en un centro de enfermería especializada.
 - y – debe obtener la aprobación previa de nuestro plan antes de ser admitido en el centro o su estadía no será cubierta.

Límites de cobertura hospitalaria para pacientes internados de Medicare se aplican (consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4).

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Usted será dueño del equipo médico duradero después de realizar una cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?

El equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) incluye artículos como equipo y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos generadores del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar. Algunos artículos, como las prótesis, siempre pertenecen al afiliado. En esta sección, analizamos otros tipos de equipo médico duradero que usted debe alquilar.

En Medicare original, las personas que alquilan determinados tipos de equipo médico duradero serán dueñas del equipo después de pagar los copagos del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como afiliado de Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP), por lo general, no será dueño de artículos de equipo médico duradero alquilados independientemente de la cantidad de copagos que realice por el artículo mientras sea afiliado de nuestro plan, aunque haya realizado hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) bajo Medicare original antes de afiliarse a nuestro plan. Bajo determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos a usted la posesión del artículo de equipo médico duradero. Llame a Atención al cliente para obtener más información.

¿Qué sucede con los pagos que realizó para equipo médico duradero si cambia a Medicare original?

Si no adquirió la posesión del artículo de equipo médico duradero mientras era afiliado de nuestro plan, deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos cuando cambie a Medicare original a fin de obtener la posesión del mismo. Los pagos realizados mientras está inscrito en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: Usted hizo 12 o menos pagos consecutivos por el artículo de Medicare original y luego se afilió a nuestro plan. Los pagos que realizó en Medicare original no cuentan. Deberá realizar 13 pagos a nuestro plan antes de ser propietario del artículo.

Ejemplo 2: Usted hizo 12 o menos pagos consecutivos por el artículo de Medicare original y luego se afilió a nuestro plan. Usted estaba en nuestro plan pero no obtuvo la titularidad del artículo mientras estaba en nuestro plan. Luego regresa a Medicare original. Deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos para adquirir el artículo una vez que se inscriba de nuevo en Medicare original. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Medicare original) no cuentan.

Sección 7.2 Normas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno

¿Qué beneficios de oxígeno tiene derecho a recibir?

Si es elegible para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP) cubrirá:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones de equipos de oxígeno

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Si abandona el plan Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP) o ya no necesita equipos de oxígeno por razones médicas, el equipo de oxígeno debe devolverse.

¿Qué sucede si abandona su plan y regresa a Medicare original?

Medicare original requiere que un proveedor de oxígeno le proporcione servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por oxígeno). Después de cinco años, puede optar por permanecer en la misma compañía o ir a otra compañía. En este momento, el ciclo de cinco años comienza nuevamente, incluso si usted permanece en la misma compañía, lo que le obliga a pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe o abandona nuestro plan, el ciclo de cinco años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:

Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

SECCIÓN 1 Entienda los servicios cubiertos

Este capítulo incluye una Tabla de beneficios médicos que enumera sus servicios cubiertos como afiliado de Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP). Más adelante en este capítulo, podrá encontrar información acerca de los servicios médicos que no están cubiertos. También explica las limitaciones en determinados servicios. Además, consulte las exclusiones y limitaciones concernientes a ciertos beneficios suplementarios enumerados en la tabla de este capítulo.

Sección 1.1 Usted no paga nada por sus servicios cubiertos

Si usted recibe asistencia de costos compartidos de Medicare de Department of Medical Assistance Services (Medicaid), no paga nada por sus servicios cubiertos siempre que usted siga las normas del plan para recibir su cuidado médico. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las normas del plan para recibir el cuidado médico. Si recibe asistencia de costos compartidos de Medicare, Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP) no puede cobrarle ni facturarle por servicios y artículos cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare, incluidos deducibles, coseguro y copagos, incluso cuando el pago de Medicaid es cero o cuando un proveedor decide no acudir a Medicaid. Si un proveedor le pide que pague, eso va en contra de la ley. Sin embargo, usted puede ser responsable de un pequeño copago de Medicaid.

Si se le factura o se le pide que pague a un proveedor deducibles, coseguro o copagos por los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare, infórmele al proveedor que tiene protección contra el pago de costos compartidos y que no se le puede cobrar. Si usted ya ha efectuado el pago, tiene derecho a un reembolso. Si su proveedor no deja de facturarle, puede llamar a Atención al cliente o puede llamar a Medicare al 1-800-Medicare (1-800-633-4227), (TTY 1-877-486-2048). Atención al cliente o Medicare pueden pedirle a su proveedor que deje de facturarle y le reembolse cualquier pago que haya realizado.

Sección 1.2 ¿Cuánto es lo máximo que usted pagará por los servicios médicos cubiertos por las Partes A y B de Medicare?

Tenga en cuenta: debido a que nuestros afiliados también reciben asistencia de Department of Medical Assistance Services (Medicaid), pocos afiliados alcanzan esta cantidad máxima de gastos de desembolso personal. Usted no es responsable de pagar ningún costo de desembolso personal para alcanzar la cantidad máxima de gastos de desembolso personal para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Como usted está inscrito en un Plan Medicare Advantage, existe un límite a la cantidad que debe pagar de gastos de desembolso personal cada año por los servicios médicos que están cubiertos por las Partes A y B de Medicare. Este límite se llama cantidad máxima de desembolso personal (MOOP, por sus siglas en inglés) para servicios médicos. Para el año calendario 2025, esta cantidad es de **\$9,350** (dentro de la red).

Las cantidades que usted paga de copagos y coseguro por los servicios cubiertos se tienen en cuenta para esta cantidad máxima de gastos de desembolso personal. Las cantidades que usted paga por las primas de su plan y sus medicamentos recetados de la Parte D no se tienen en cuenta para su cantidad máxima de gastos de desembolso personal. Además, las cantidades que usted paga por algunos servicios no se tienen en cuenta para su cantidad máxima de gastos de desembolso personal. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si alcanza la cantidad máxima de gastos de desembolso personal de **\$9,350**, no deberá pagar más de su bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos por las Partes A y B. Sin embargo, debe

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

continuar pagando la prima de su plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Department of Medical Assistance Services (Medicaid) o terceros paguen su prima de la Parte B por usted).

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para saber qué está cubierto

Sección 2.1 Sus beneficios médicos como afiliado del plan

La Tabla de beneficios médicos que se encuentra en las páginas siguientes enumera los servicios que Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP) cubre. La cobertura para medicamentos recetados de la Parte D está en el Capítulo 5. Los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos por Medicare y Medicaid deben ser provistos según las reglas de cobertura establecidas por Medicare y Medicaid.
- Los servicios (entre ellos, cuidado médico, servicios, suministros, equipos y medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser necesarios por razones médicas. Necesario por razones médicas significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Para los nuevos afiliados, su plan de cuidado coordinado de Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés) debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, en el que el nuevo plan de MA puede no requerir autorización previa para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso de tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe su cuidado médico de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá el cuidado médico que reciba de un proveedor fuera de la red a menos que sea cuidado de emergencia o de urgencia o a menos que su plan o un proveedor de la red le haya hecho un referido. Esto significa que usted tendrá que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios proporcionados.
- Usted tiene un proveedor de cuidado primario (un PCP, por sus siglas en inglés) que le provee y supervisa su cuidado médico. No necesita un referido para recibir servicios cubiertos.
- Algunos de los servicios que se detallan en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtiene aprobación por adelantado (algunas veces se llama autorización previa) de nosotros. En la Tabla de beneficios médicos se señalan los servicios cubiertos que requieren aprobación previa con una nota al pie.
 - > La lista de autorización previa puede encontrarse aquí: [es-www.humana.com/PAL](https://www.humana.com/PAL)
- Si su plan de cuidado coordinado proporciona la aprobación de una solicitud de autorización previa para un curso de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante un tiempo razonable y necesario médicamente para evitar interrupciones en el cuidado de acuerdo con los criterios de cobertura aplicables, su historia clínica y la recomendación del proveedor del tratamiento.

Otras cosas importantes que debe saber acerca de nuestra cobertura:

- Usted está cubierto por Medicare y Medicaid. Medicare cubre el cuidado de la salud y los medicamentos recetados. Medicaid puede cubrir los costos compartidos para los servicios de Medicare, incluidos los costos

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

compartidos y los deducibles médicos del plan, así como las primas, los deducibles y los costos compartidos de las Partes A y B de Medicare, para cualquier persona que reciba ayuda del Department of Medical Assistance Services (Medicaid) para costos compartidos. Department of Medical Assistance Services (Medicaid) también puede cubrir los servicios que no cubre Medicare.

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare original. (Si desea saber más acerca de la cobertura y los costos de Medicare original, consulte su manual *Medicare y usted 2025*. Puede verlo en línea en www.medicare.gov o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar una copia, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo dentro de Medicare original, también cubrimos el servicio sin costo para usted.
- Si Medicare añade cobertura para nuevos servicios durante 2025, Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.
- Este plan incluye beneficios de Medicare y algunos beneficios de Medicaid que no se ofrecen a través de Medicare. La Tabla de beneficios médicos a continuación enumera todos los beneficios de Medicare y los beneficios adicionales de Medicaid que están cubiertos.
- Si se encuentra dentro del período de seis meses de elegibilidad continuada para nuestro plan, seguiremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período es posible que usted esté sujeto a las primas de la Parte D y los costos compartidos de la Parte D según su nivel de “Ayuda adicional”. Además, según su nivel de elegibilidad para Department of Medical Assistance Services (Medicaid), también es posible que sea responsable de las primas de la Parte A y/o la Parte B de Medicare. Seguiremos cubriendo los costos compartidos cubiertos de su plan Medicare Advantage durante este período. Las cantidades de los costos compartidos de su plan por los beneficios básicos y suplementarios de Medicare no cambian durante este período.

No necesita pagar nada por los servicios enumerados en la Tabla de beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente. Asegúrese de mostrar su tarjeta de identificación de Department of Medical Assistance Services (Medicaid) además de su tarjeta de afiliado de Humana para que su proveedor tenga conocimiento de que usted puede tener cobertura adicional. Los servicios son pagados primero por Humana y luego por Department of Medical Assistance Services (Medicaid).

Información importante sobre los beneficios para los afiliados elegibles para recibir “Ayuda adicional”:

- Si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de su programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguro, es posible que sea elegible para otros beneficios suplementarios específicos y/o costos compartidos reducidos específicos. Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 para obtener más detalles.
- Si recibe “Ayuda adicional”, es elegible para recibir el Humana Healthy Options Allowance™ (Subsidio de opciones saludables de Humana).
- Consulte la fila de **VBID** en la Tabla de beneficios médicos a continuación para obtener más información.

 **Verá esta manzana al lado de los servicios preventivos en la Tabla de beneficios médicos.**

*** Verá este asterisco al lado de los beneficios suplementarios en la Tabla de beneficios médicos.**

Consulte la Sección 1.1 de este capítulo para obtener información sobre la protección de Department of Medical Assistance Services (Medicaid) para costos compartidos.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Para obtener una lista completa de los beneficios de Medicaid que se ofrecen a través de su programa estatal de Medicaid y los requisitos de costos compartidos, si corresponden, consulte la sección **Comparación de beneficios de Medicaid de su Resumen de beneficios. Comuníquese con su agencia de Medicaid para conocer la elegibilidad para los beneficios y determinar su nivel de responsabilidad de costos compartidos.**

Tabla de beneficios médicos	
Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
 Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una prueba de ultrasonido realizada por única vez a las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene un referido para ello por parte de su médico, asistente médico, profesional de enfermería practicante o especialista clínico en enfermería.	<u>Dentro de la red:</u> No hay ningún coseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura para dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen: Hasta 20 consultas por año calendario para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: A efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como aquel que: • Dura 12 semanas o más; • Es inespecífico, ya que no tiene causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • No está asociado a cirugía; y • No está asociado a un embarazo. Su plan requiere que los servicios sean proporcionados por un proveedor autorizado para realizar acupuntura o por proveedores que cumplan con los requisitos de los proveedores de Medicare original. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	<u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0 – Consultorio del especialista
Inyecciones y suero para la alergia Usted está cubierto para inyecciones y suero para la alergia cuando sean necesarios por razones médicas.	<u>Dentro de la red:</u> <u>Inyecciones y suero para la alergia</u> Copago de \$0 – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) – Consultorio de un especialista

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia en avión, helicóptero y terrestre, al centro médico apropiado más cercano que pueda proporcionar cuidado médico únicamente si se proveen a un afiliado cuya afección médica es tal que los demás medios de transporte podrían poner en riesgo la salud de la persona o si están autorizados por el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, debe documentarse que la afección del afiliado es tal que otro medio de transporte podría poner en riesgo la salud de la persona y que el transporte en ambulancia se considera necesario por razones médicas. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	<u>Dentro de la red:</u> <u>Ambulancia de emergencia</u> Copago de \$0 por fecha de servicio independientemente de la cantidad de viajes - Ambulancia terrestre - Ambulancia aérea <u>Servicio de ambulancia no de emergencia</u> Copago de \$0 por fecha de servicio independientemente de la cantidad de viajes - Ambulancia terrestre - Ambulancia aérea
 Consulta anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede acudir a una consulta anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan personalizado de prevención basado en sus factores de riesgo y estado de salud actuales. Esta consulta está cubierta una vez cada 12 meses. Tenga en cuenta: la primera consulta anual de bienestar no se puede realizar dentro de los 12 meses a partir de su consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>. Sin embargo, no es necesario que haya realizado la consulta <i>Bienvenido a Medicare</i> para tener cobertura de la consulta anual de bienestar después de tener la Parte B durante 12 meses.	<u>Dentro de la red:</u> No hay ningún coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de bienestar.
 Medición de la masa ósea Para personas elegibles (generalmente, esto significa que son personas que presentan riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis), los siguientes servicios se cubren cada 24 meses o con mayor frecuencia, si fuera necesario por razones médicas: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, que incluyen la interpretación de los resultados por un médico.	<u>Dentro de la red:</u> No hay ningún coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
 Prueba de detección del cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía de referencia entre los 35 y los 39 años de edad • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años y más • Exámenes clínicos de mama una vez cada 24 meses	<u>Dentro de la red:</u> No hay ningún coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para afiliados que reúnen ciertos requisitos con una orden de un médico. El plan también cubre los programas de rehabilitación cardíaca intensiva que habitualmente son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	<u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0 – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio
 Consulta para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular) Cubrimos una consulta por año con su médico de cuidado primario para ayudar a reducir su riesgo de adquirir una enfermedad cardiovascular. Durante esta consulta, su médico puede hablar con usted sobre el uso de aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que se está alimentando saludablemente.	<u>Dentro de la red:</u> No hay ningún coseguro, copago ni deducible para el beneficio de terapia del comportamiento intensiva para la prevención de enfermedades cardiovasculares.
 Prueba de detección de enfermedad cardiovascular Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o de anomalías relacionadas con un alto riesgo de adquirir una enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).	<u>Dentro de la red:</u> No hay ningún coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedades cardiovasculares cubiertas una vez cada 5 años.
 Pruebas de detección de cáncer cervical y vaginal Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, cubiertos una vez cada 24 meses • Si presenta alto riesgo de tener cáncer cervical o vaginal, o está en edad de concebir y ha tenido un resultado anormal en la prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	<u>Dentro de la red:</u> No hay ningún coseguro, copago ni deducible para los exámenes pélvicos y pruebas de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: • Cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxación (uno o más huesos de la columna se salen de su posición)	<u>Dentro de la red:</u> <u>Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare</u> Copago de \$0 – Consultorio de un especialista

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
*Además del beneficio cubierto por Medicare indicado anteriormente, usted puede autorreferirse a un quiropráctico de la red para 12 consultas por año calendario para cuidado. Los servicios suplementarios cubiertos incluyen: • Exámenes de pacientes nuevos y establecidos. • Ciertos procedimientos radiográficos. • Manipulación de extremidades para articulaciones que no sean de la columna (p. ej., el hombro, la rodilla, el tobillo). • Ciertas modalidades y procedimientos de medicina física. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	<u>Dentro de la red:</u> <u>Servicios quiroprácticos (rutinarios)</u> Copago de \$0 – Consultorio del especialista
 Prueba de detección del cáncer colorrectal Se cubren las siguientes pruebas de detección: • La colonoscopia no tiene una limitación de edad mínima o máxima y se cubre una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no presentan un riesgo alto, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no presentan un riesgo alto de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes con un riesgo alto después de una colonoscopia de detección o enema de bario previo. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no presentan un riesgo alto después de que el paciente se haya sometido a una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Análisis de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes sin riesgo alto y de 45 años o más. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario o sigmoidoscopia flexible de detección. Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal en heces no invasiva cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.	<u>Dentro de la red:</u> No hay ningún coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales rutinarios y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare original. Sin embargo, Medicare actualmente paga los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones dentales realizadas como preparación para tratamiento con radiación para el cáncer que involucra a la mandíbula o exámenes bucales previos a un trasplante de riñón. Además, cubrimos beneficios suplementarios obligatorios de servicios dentales que incluyen servicios preventivos y de diagnóstico. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	<u>Dentro de la red:</u> <u>Servicios dentales cubiertos por Medicare</u> Copago de \$0 – Consultorio de un especialista <u>Beneficios dentales obligatorios suplementarios</u> *Usted tiene cobertura para beneficios suplementarios obligatorios de servicios dentales. Para obtener información detallada, consulte la descripción del beneficio suplementario obligatorio de servicios dentales que aparece al final de esta tabla.
 Prueba de detección de depresión Cubrimos una prueba de detección de la depresión por año. La prueba de detección debe hacerse en un entorno de cuidado médico primario que puede proveer tratamiento de seguimiento y/o referidos.	<u>Dentro de la red:</u> No hay ningún coseguro, copago ni deducible para una consulta de detección de depresión anual.
 Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si presenta alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), historial de colesterol y niveles anormales de triglicéridos (dislipidemia), obesidad, o historial de alto nivel de azúcar en la sangre (glucosa). Las pruebas también pueden ser cubiertas si cumple con otros requisitos, como si está excedido de peso y tiene antecedentes familiares de diabetes. Usted podría reunir los requisitos para que le hagan hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	<u>Dentro de la red:</u> No hay ningún coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
 Capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para monitorear la glucosa en la sangre: monitores de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, lancetas y dispositivos para lancetas y soluciones para controlar la glucosa que permitan corroborar la exactitud de los monitores y las tiras reactivas. – Estas son las únicas marcas cubiertas (preferidas) de monitores de glucosa en sangre y tiras reactivas: ACCU-CHEK® fabricado por Roche, o productos Trividia a veces embalados con el nombre de su farmacia. – Humana cubre cualquiera de los monitores de glucosa en sangre y las tiras reactivas que estén especificados en la lista de marcas preferidas de arriba. En general, los productos de marcas no preferidas alternativas no están cubiertos a menos que su médico proporcione la información adecuada que indique que el uso de una marca alternativa es necesario por razones médicas en su situación específica. Si es nuevo en Humana y utiliza una marca de monitor de glucosa en sangre y tiras reactivas que no está en la lista de marcas preferidas, puede contactarnos en los primeros 90 días de la inscripción en el plan para solicitar un suministro temporal de la marca no preferida alternativa. Durante este tiempo, debe hablar con su médico para determinar si algún producto de las marcas preferidas enumeradas arriba es apropiado para usted desde el punto de vista médico. Los productos de marcas no preferidas no estarán cubiertos después de los 90 días iniciales de cobertura sin autorización previa aprobada para una excepción a la cobertura. • Para las personas con diabetes que padecen enfermedades diabéticas graves en los pies: un par por año calendario de zapatos terapéuticos personalizados (incluso las plantillas provistas con los zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (no incluye las plantillas extraíbles no personalizadas que son provistas con los zapatos). La cobertura incluye adaptación. • La capacitación para el automanejo de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones. • Para medidor continuo de glucosa, consulte Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) y suministros relacionados. El símbolo  (servicio preventivo) se aplica únicamente a la capacitación para el automanejo de la diabetes. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	Dentro de la red: <u>Capacitación para el automanejo de la diabetes</u> Copago de \$0 – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio <u>Suministros para el control de la diabetes</u> Copago de \$0 – Proveedor preferido para la diabetes – Proveedor para la diabetes – Farmacia minorista de la red <u>Zapatos y plantillas para diabéticos</u> Copago de \$0 – Proveedor de equipo médico duradero – Proveedor de prótesis

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) y suministros relacionados (Para conocer la definición de equipo médico duradero consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3, Sección 7 de este documento.) Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores, monitores continuos de glucosa**, y andadores. Cubrimos todo equipo médico duradero necesario por razones médicas cubierto por Medicare original. Si nuestro proveedor en su área no tiene determinada marca o fabricante, puede preguntarle si puede hacer un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en es-www.humana.com/findadoctor. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa. **Los monitores continuos de glucosa (CGM, por sus siglas en inglés) preferidos están cubiertos en las farmacias. Los CGM preferidos son Dexcom y Freestyle Libre. Los CGM no preferidos no están cubiertos a través de una farmacia a menos que su médico proporcione información adecuada que indique que el uso de una marca alternativa es necesario por razones médicas. Todos los CGM seguirán estando cubiertos a través de proveedores de equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés).	Dentro de la red: <u>Equipo médico duradero</u> Copago de \$0 – Proveedor de equipo médico duradero <u>Monitor continuo de glucosa</u> Copago de \$0 – Proveedor de equipo médico duradero – Farmacia
 Electrocardiograma de detección El ECG de detección, cuando se realiza como referido de la consulta preventiva de <i>Bienvenido a Medicare</i>, solo está cubierto una vez en la vida del beneficiario.	Dentro de la red: No hay ningún coseguro, copago ni deducible para una consulta de prueba de detección con electrocardiograma (EKG, por sus siglas en inglés).
Cuidado médico en casos de emergencia El cuidado médico en casos de emergencia se refiere a servicios que son: • Provistos por un proveedor acreditado para prestar servicios en casos de emergencia, y • Necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.	Dentro de la red: <u>Servicios en casos de emergencia</u> Copago de \$0 – Sala de emergencias Dentro de la red <u>Servicios de proveedores y profesionales</u> Copago de \$0 – Sala de emergencias

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona lega prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño por nacer), la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor grave o afección médica que empeora rápidamente. Los costos compartidos por servicios en casos de emergencia necesarios provistos fuera de la red son los mismos que por dichos servicios prestados dentro de la red. La cobertura incluye cuidado médico en casos de emergencia en todo el mundo. Si tiene una emergencia fuera de los EE.UU. y sus territorios, usted será responsable de pagar por los servicios prestados por adelantado. Debe enviar prueba de pago a Humana para reembolso. Para obtener más información, consulte el Capítulo 7. 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 de los proveedores fuera de los EE.UU. y sus territorios. Usted es responsable de los costos que excedan las tarifas contratadas, así como de todos los costos compartidos del afiliado que correspondan.	Si usted recibe cuidado médico en casos de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidado médico como paciente internado después de que se establezca su afección de emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que se siga cubriendo su cuidado. O debe recibir cuidado como paciente internado en un hospital fuera de la red autorizado por el plan y usted pagará la parte de costos compartidos que pagaría en un hospital de la red.
Servicios para la audición Las evaluaciones diagnósticas auditivas y del equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como cuidado médico ambulatorio cuando son provistas por un médico, audiólogo u otro proveedor acreditado. Además, cubrimos beneficios <u>obligatorios suplementarios de servicios para la audición</u> que incluyen un examen auditivo rutinario y cobertura para audífonos. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	<u>Dentro de la red:</u> <u>Servicios para la audición cubiertos por Medicare</u> Copago de \$0 – Consultorio de un especialista <u>Beneficios obligatorios suplementarios de servicios para la audición</u> *Usted tiene cobertura para beneficios obligatorios suplementarios de servicios para la audición. Para obtener información detallada, consulte la descripción del beneficio obligatorio suplementario de servicios para la audición que aparece al final de esta tabla.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
 Prueba de detección del VIH Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que estén en mayor riesgo de tener una infección del VIH, cubrimos: • Una prueba de detección cada 12 meses Para las mujeres embarazadas, cubrimos: • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo	<u>Dentro de la red:</u> No hay ningún coseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles para pruebas de detección preventivas de VIH cubiertas por Medicare.
Cuidado de una agencia de cuidado de la salud en el hogar Antes de recibir servicios de cuidado de la salud en el hogar, un médico debe certificar que usted necesita servicios de cuidado de la salud en el hogar y ordenará que dichos servicios sean provistos por una agencia de cuidado de la salud en el hogar. Usted debe estar recluido en el hogar, lo que significa que salir de casa es un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Cuidado de enfermería especializada de medio tiempo o intermitente y servicios de un asistente de cuidado de la salud en el hogar (Para tener cobertura conforme al beneficio de cuidado de la salud en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y de un asistente de cuidado de la salud en el hogar combinados deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Terapia física, ocupacional y del habla • Servicios médicos y sociales • Equipo y suministros médicos Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	<u>Dentro de la red:</u> <u>Cuidado de la salud en el hogar</u> Copago de \$0 – Hogar del afiliado <u>Equipo médico duradero</u> Copago de \$0 – Proveedor de equipo médico duradero
Terapia de infusión en el hogar La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de cuidado • Capacitación y educación del paciente que no estén cubiertas por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto	<u>Dentro de la red:</u> <u>Suministros médicos</u> Copago de \$0 – Proveedor de suministros médicos <u>Otros medicamentos de la Parte B de Medicare</u> Copago de \$0 – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio – Farmacia

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión en el hogar y medicamentos para infusión en el hogar proporcionados por un proveedor acreditado de terapia de infusión en el hogar Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	<u>Servicios profesionales y del proveedor</u> Copago de \$0 Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)
Cuidado de hospicio Usted reúne los requisitos para recibir el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le hayan dado un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y tiene 6 meses o menos de vida si la enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir cuidado médico por parte de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan tiene la obligación de ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos programas que pertenecen o son controlados por la organización MA o en los que esta tiene un interés financiero. El médico de hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: - Medicamentos para el control de los síntomas y para aliviar el dolor - Cuidado de relevo a corto plazo - Cuidado en el hogar Cuando usted es admitido en un hospicio, tiene derecho a permanecer en su plan; si decide permanecer en su plan, debe continuar pagando las primas del plan. <u>En cuanto a los servicios de hospicio y los servicios que están cubiertos por las Partes A o B de Medicare y que están relacionados con su pronóstico terminal:</u> Medicare original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de hospicio por los servicios de hospicio relacionados con su pronóstico terminal. Mientras se encuentra en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a Medicare original los servicios que Medicare original paga. Se le facturará a usted el costo compartido de Medicare original. <u>En cuanto a los servicios que están cubiertos por las Partes A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal:</u> si usted necesita servicios que no sean de emergencia, ni de cuidado que se necesita con urgencia que estén cubiertos por las Partes A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios para usted depende de si utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (por ejemplo, si se requiere obtener una autorización previa).	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de las Partes A y B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Medicare original, no por Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP). Nuestro plan cubre los servicios de consulta de cuidados paliativos (una vez solamente) para una persona con una enfermedad terminal que no ha elegido el beneficio de hospicio. Pueden aplicarse costos compartidos de proveedor en el caso de consultas ambulatorias.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, solo paga la cantidad de costos compartidos del plan para los servicios dentro de la red. • Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga los costos compartidos según el cargo por servicio de Medicare (Medicare original). <u>En cuanto a los servicios que están cubiertos por Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP) pero que no están cubiertos por las Partes A o B de Medicare:</u> Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por las Partes A o B, independientemente de si están relacionados o no con su pronóstico terminal. Usted paga la cantidad de costos compartidos de su plan por estos servicios. <u>En cuanto a los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan:</u> Si estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal por la cual recibe cuidado de hospicio, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su afección terminal por la cual recibe cuidado de hospicio, usted paga el costo compartido de Medicare original. Los medicamentos nunca estarán cubiertos por ambos, hospicio y nuestro plan, al mismo tiempo. Para más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (<i>¿Qué sucede si usted está en un hospicio certificado por Medicare?</i>). Nota: si usted necesita cuidado médico que no sea de hospicio (cuidado médico que no está relacionado con su pronóstico terminal), debe contactarnos para coordinar los servicios.	
* Programa de comidas Well Dine® de Humana Después de su estadía como paciente internado en el hospital o centro de enfermería, usted reúne los requisitos para recibir 2 comidas por día durante 7 días sin ningún costo adicional para usted. Se le enviarán 14 comidas nutritivas a su casa. El programa de comidas se limita a 4 veces por año calendario. Las comidas deben solicitarse dentro de los 30 días posteriores al alta hospitalaria. Para obtener información adicional, comuníquese con Servicio al cliente al número que está al reverso de su tarjeta de identificación del afiliado de Humana.	<u>Dentro de la red:</u> No hay coseguro, copago o deducible para participar.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
 Vacunas Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen: • Vacunas contra la neumonía • Vacunas contra la gripe/influenza, una por cada temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con vacunas contra la gripe/influenza adicionales si son necesarias por razones médicas • Vacunas contra la hepatitis B si presenta riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas contra la COVID-19 • Otras vacunas si presenta riesgo y cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos la mayoría de otras vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D. Consulte el Capítulo 6, Sección 8 para obtener información adicional.	<u>Dentro de la red:</u> No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe/influenza, la hepatitis B y COVID-19.
Cuidado de hospitalización Incluye hospitalización para afecciones agudas, rehabilitación para pacientes internados, hospitales de cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. El cuidado hospitalario a pacientes internados comienza el día en que usted está formalmente admitido en el hospital por orden de un médico. El día antes de que le den de alta es su último día de paciente internado. Tiene cobertura por una cantidad ilimitada de días de hospitalización necesarios por razones médicas. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Habitación semiprivada (o privada en caso de que sea necesario por razones médicas) • Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios de enfermería comunes • Costos de unidades de cuidados médicos especiales (como unidades de cuidado coronario o de cuidados intensivos) • Fármacos y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de aparatos, tales como sillas de ruedas • Costos de quirófanos y salas de recuperación • Terapia física, ocupacional, del habla y del lenguaje • Servicios de trastornos por consumo de sustancias para pacientes internados	<u>Dentro de la red:</u> <u>Cuidado de hospitalización</u> Hospital para pacientes internados – Copago de \$0 por admisión <u>Dentro de la red</u> <u>Servicios de proveedores y profesionales</u> Copago de \$0 – Hospital para pacientes internados

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
- Bajo determinadas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplante: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, coordinaremos con un centro de trasplantes aprobado por Medicare para que revise su caso, y decidirá si usted es candidato para recibir un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden estar dentro o fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red se encuentran fuera del patrón de cuidado en la comunidad, puede elegir obtener sus servicios a nivel local siempre que los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare original. Si Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP) provee servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de cuidado para trasplantes en su comunidad y usted elige obtener trasplantes en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos adecuados de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. El reembolso para el viaje y alojamiento requiere un mínimo de 100 millas de un viaje sencillo al centro de trasplantes y se limita a \$10,000 por trasplante. - Si necesita un trasplante de órgano sólido o de médula ósea/células madre, póngase en contacto con nuestro Departamento de trasplantes al 1-866-421-5663, TTY 711 para obtener información importante sobre su cuidado médico de trasplantes. Se puede encontrar detalles sobre viajes y alojamiento para trasplantes en https://provider.humana.com/patient-care/transplant-resources/transplant-services-questions - Sangre: incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y glóbulos rojos empacados comienza desde la primera pinta de sangre que necesita. - Servicios del médico	Nota: 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 está seguro si es un paciente internado o ambulatorio, debe consultar al personal del hospital. Además, puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada <i>¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!</i>. Esta hoja informativa está disponible en internet en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratis las 24 horas del día, los siete días de la semana. Se requiere autorización previa para el cuidado hospitalario a pacientes internados. Se requiere autorización previa para los servicios de trasplantes.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen los servicios para el cuidado de la salud mental que requieren una hospitalización. • Límite de 190 días de por vida para servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. – El límite de 190 días no se aplica a los servicios de la salud mental provistos a pacientes internados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. • Los días de beneficio utilizados a través del programa Medicare original se tendrán en cuenta para calcular la reserva de 190 días de por vida al inscribirse en un plan Medicare Advantage. Se requiere autorización previa para el cuidado de la salud mental para pacientes internados.	Dentro de la red: <u>Cuidado de la salud mental para pacientes internados</u> Centro psiquiátrico para pacientes internados – Copago de \$0 por admisión Hospital para pacientes internados – Copago de \$0 por admisión Dentro de la red <u>Servicios de proveedores y profesionales</u> Copago de \$0 – Hospital para pacientes internados – Centro psiquiátrico para pacientes internados
Hospitalización: los servicios cubiertos recibidos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) durante una hospitalización no cubierta Si ha agotado sus beneficios de hospitalización o si la estadía en el hospital no es razonable ni necesaria, no cubriremos la estadía en el hospital. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras se encuentre en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Servicios del médico • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Radiografías, radioterapia y terapia con radioisótopos, incluidos los materiales y servicios del técnico • Vendajes quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Dispositivos protésicos y ortésicos (que no sean dentales) que reemplacen, en parte o por completo, un órgano interno (incluido el tejido contiguo) o que suplan, en parte o por completo, las funciones de un órgano interno disfuncional o inoperante de manera permanente, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos • Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello, soportes y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios por rotura, desgaste, pérdida o cambios en el estado físico del paciente • Terapia física, ocupacional y del habla	Cuando su hospitalización no esté cubierta, los servicios aprobados recibidos continuarán cubiertos según se describe en todo este cuadro de beneficios.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
 Terapia de nutrición médica Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (de riñón) (que no estén recibiendo diálisis), o después de un trasplante de riñón, cuando sea ordenado por el médico. Cubrimos servicios de 3 horas de asesoramiento personalizado durante el primer año que recibe servicios de terapia de nutrición médica dentro de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare original) y luego 2 horas por año. Si cambia su afección, tratamiento o diagnóstico, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con una orden del médico. El médico debe recetarle dichos servicios y renovar la orden cada año si el tratamiento es necesario el siguiente año calendario.	<u>Dentro de la red:</u> No hay ningún coseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles para servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.
 Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés) Los servicios del MDPP estarán cubiertos para beneficiarios de Medicare elegibles en virtud de todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada para cambiar conductas de salud que proporciona capacitación práctica en cambios dietarios a largo plazo, incremento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos a fin de sostener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	<u>Dentro de la red:</u> No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio del MDPP.
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare original. Los afiliados de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen: • Medicamentos que generalmente no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan o administran como infusión mientras recibe servicios provistos por médicos, como paciente ambulatorio en el hospital o en centros de cirugía ambulatoria • Insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina necesaria por razones médicas) • Otros medicamentos que toma utilizando un equipo médico duradero (como nebulizadores), autorizados por el plan • El medicamento para el Alzheimer, Leqembi® (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de medicamentos, es posible que necesite escaneos y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos generales. Hable con su médico sobre qué escaneos y pruebas podría necesitar como parte de su tratamiento	<u>Dentro de la red:</u> <u>Medicamentos para quimioterapia</u> Copago de \$0 – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio <u>Medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare</u> Copago de \$0 – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio – Farmacia

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
- Factores de coagulación autoadministrados mediante inyección si padece de hemofilia - Medicamentos inmunosupresores/para trasplantes: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes de órganos si Medicare pagó por su trasplante de órgano. Usted debe tener la Parte A en el momento de recibir el trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento de recibir medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre - Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si usted está recluido en el hogar, tiene una fractura ósea que el médico certifique que fue resultado de osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento - Algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada - Ciertos medicamentos anticancerígenos de vía oral: Medicare cubre algunos medicamentos orales para el cáncer que toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que nuevos medicamentos orales para el cáncer estén disponibles, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí los cubre - Medicamentos antieméticos de vía oral: Medicare cubre medicamentos antieméticos orales que usa como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia o si se usan como un reemplazo terapéutico completo de un medicamento antiemético intravenoso - Ciertos medicamentos de vía oral para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio para la ESRD de la Parte B lo cubre - Medicamentos calcimiméticos bajo el sistema de pago de ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar® - Ciertos medicamentos para diálisis en su hogar, incluidos heparina, antídoto para la heparina, cuando sea necesario por razones médicas, y anestésicos tópicos	<u>Otros medicamentos de la Parte B de Medicare</u> Copago de \$0 – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio – Farmacia Algunos medicamentos reembolsables de la Parte B pueden estar sujetos a un coseguro inferior. Es posible que haya un costo adicional por la administración de un medicamento de la Parte B, además del costo por el medicamento mismo. Es posible que primero deba probar un medicamento diferente antes de que aceptemos cubrir el medicamento que está solicitando. Esto se llama “terapia por fases”.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
- Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre eritropoyetina inyectable si tiene ESRD o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones (tales como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® o metoxi polietilenglicol-epoetina beta) - Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en su hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria - Nutrición parenteral y enteral (alimentación por sonda e intravenosa) El siguiente enlace lo llevará a 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 nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y la Parte D. En el Capítulo 5, se explica el beneficio de los medicamentos recetados de la Parte D, incluidas normas que debe seguir para que estos estén cubiertos. En el Capítulo 6 se explica lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan. Pueden aplicarse requisitos de autorización previa	
 Prueba de detección de obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos el asesoramiento intensivo para ayudarle a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo obtiene en un entorno de cuidado médico primario, donde este puede coordinarse con su plan de prevención integral. Hable con su médico de cuidado primario u otro profesional médico para obtener información más detallada.	<u>Dentro de la red:</u> No hay ningún coseguro, copago ni deducible para la detección y terapia de prevención de obesidad.
Servicios de programas de tratamiento contra opioides Los afiliados de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (OUD, por sus siglas en inglés) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de tratamiento contra opioides (OTP, por sus siglas en inglés) que incluye los siguientes servicios: - Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los EE.UU. para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT, por sus siglas en inglés) agonistas y antagonistas de opioides. - Despacho y administración de medicamentos para el MAT (si corresponde) - Asesoramiento sobre trastornos de consumo de sustancias	<u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0 – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio – Hospitalización parcial

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
• Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	
Pruebas de diagnóstico ambulatorias y servicios y suministros terapéuticos Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Radiografías • Radioterapia (radio e isótopos) incluidos los materiales y suministros del técnico • Suministros quirúrgicos, tales como vendajes • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre: incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y glóbulos rojos empacados comienza desde la primera pinta de sangre que necesita. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	<u>Dentro de la red:</u> <u>Servicios profesionales y del proveedor</u> Copago de \$0 - Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) - Consultorio de un especialista <u>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</u> Copago de \$0 - Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) - Consultorio de un especialista - Centro de cuidado de urgencia - Hospital ambulatorio <u>Servicios de imágenes avanzadas</u> Copago de \$0 - Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) - Consultorio de un especialista - Hospital ambulatorio - Centro de radiología independiente <u>Servicios de radiología básicos</u> Copago de \$0 - Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) - Consultorio de un especialista - Centro de cuidado de urgencia - Hospital ambulatorio - Centro de radiología independiente

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<u>Mamografía de diagnóstico</u> Copago de \$0 - Consultorio de un especialista - Hospital ambulatorio - Centro de radiología independiente <u>Radioterapia</u> Copago de \$0 - Consultorio de un especialista - Hospital ambulatorio - Centro de radiología independiente <u>Servicios de medicina nuclear</u> Copago de \$0 - Hospital ambulatorio - Centro de radiología independiente <u>Estudio del sueño en un centro médico</u> Copago de \$0 - Consultorio de un especialista - Hospital ambulatorio <u>Estudio del sueño en el hogar</u> Copago de \$0 - Hogar del afiliado <u>Suministros médicos</u> Copago de \$0 - Proveedor de suministros médicos <u>Colonoscopia de diagnóstico</u> Copago de \$0 - Centro de cirugía ambulatoria - Hospital ambulatorio

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<u>Servicios de laboratorio</u> Copago de \$0 - Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) - Consultorio de un especialista - Centro de cuidado de urgencia - Hospital ambulatorio - Laboratorio independiente
Observación hospitalaria ambulatoria Los servicios de observación son servicios hospitalarios ambulatorios que se brindan para determinar si usted necesita ser admitido como paciente internado, o si puede ser dado de alta. Para que los servicios de observación hospitalaria ambulatoria estén cubiertos, ellos deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos únicamente cuando son proporcionados por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley de acreditación estatal y por los estatutos del personal hospitalario para admitir a los pacientes en el hospital o solicitar pruebas ambulatorias. Tenga en cuenta: a menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo a usted como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costos compartidos para los servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si pasa una noche en el hospital, podría ser considerado paciente ambulatorio. Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, debe consultar al personal del hospital. Además, puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada <i>¿Es usted un paciente internado o ambulatorio del hospital? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!</i> Esta hoja informativa está disponible en Internet en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratis las 24 horas del día, los siete días de la semana. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	<u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0 - Hospital ambulatorio

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios hospitalarios ambulatorios Cubrimos servicios necesarios por razones médicas que recibe en el departamento ambulatorio del hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Servicios en un departamento de emergencia o clínica ambulatoria, tales como servicios de observación o cirugía ambulatoria • Pruebas de diagnóstico y de laboratorio facturadas por el hospital • Cuidado de la salud mental, incluido cuidado médico en un programa de hospitalización parcial, si el médico certifica que sin este programa se requeriría tratamiento como paciente internado • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como férulas y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que usted no puede autoadministrarse Nota: a menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo a usted como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costos compartidos para los servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si pasa una noche en el hospital, podría ser considerado paciente ambulatorio. Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, debe consultar al personal del hospital. Además, puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada <i>¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!</i> Esta hoja informativa está disponible en internet en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratis las 24 horas del día, los siete días de la semana. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	Dentro de la red: <u>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</u> Copago de \$0 – Hospital ambulatorio <u>Servicios de imágenes avanzadas</u> Copago de \$0 – Hospital ambulatorio <u>Servicios de medicina nuclear</u> Copago de \$0 – Hospital ambulatorio <u>Servicios de radiología básicos</u> Copago de \$0 – Hospital ambulatorio <u>Mamografía de diagnóstico</u> Copago de \$0 – Hospital ambulatorio <u>Radioterapia</u> Copago de \$0 – Hospital ambulatorio <u>Servicios de laboratorio</u> Copago de \$0 – Hospital ambulatorio <u>Servicios de cirugía</u> Copago de \$0 – Hospital ambulatorio <u>Servicios para la salud mental</u> Copago de \$0 – Hospital ambulatorio – Hospitalización parcial <u>Cuidado de heridas</u> Copago de \$0 – Hospital ambulatorio <u>Estudio del sueño en un centro médico</u> Copago de \$0 – Hospital ambulatorio

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<u>Servicios en casos de emergencia</u> Copago de \$0 – Sala de emergencias <u>Colonoscopia de diagnóstico</u> Copago de \$0 – Hospital ambulatorio
Cuidado ambulatorio de la salud mental Los servicios cubiertos incluyen: Los servicios de salud mental provistos por un médico o psiquiatra, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, asesor profesional con licencia (LPC, por sus siglas en inglés), terapeuta de matrimonio y familia con licencia (LMFT, por sus siglas en inglés), profesional de enfermería practicante (NP, por sus siglas en inglés), asistente médico (PA, por sus siglas en inglés) u otro profesional del cuidado de la salud mental autorizado por el estado y acreditado por Medicare, según lo permitido en las leyes estatales que correspondan. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	<u>Dentro de la red:</u> <u>Servicios para la salud mental</u> Copago de \$0 – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio – Hospitalización parcial
Servicios de rehabilitación ambulatoria Los servicios cubiertos incluyen: terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje. Los servicios de rehabilitación ambulatoria se proveen en varios centros ambulatorios, como departamentos de cuidado ambulatorio en hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés). Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	<u>Dentro de la red:</u> <u>Terapia física</u> Copago de \$0 – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio – Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios <u>Terapia del habla</u> Copago de \$0 – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio – Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios <u>Terapia ocupacional</u> Copago de \$0 – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio – Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios ambulatorios por trastornos de consumo de sustancias Tiene cobertura para el tratamiento de la farmacodependencia, según lo que está cubierto por Medicare original. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	<u>Dentro de la red:</u> <u>Servicios ambulatorios de farmacodependencia</u> Copago de \$0 – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio – Hospitalización parcial
Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios provistos en hospitales de cuidado médico ambulatorio y centros de cirugía ambulatoria Nota: si va a realizarse una cirugía en un hospital, debe preguntarle a su proveedor si será un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo a usted como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costos compartidos para la cirugía ambulatoria. Incluso si pasa una noche en el hospital, podría ser considerado <i>paciente ambulatorio</i>. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	<u>Dentro de la red:</u> <u>Servicios de cirugía</u> Copago de \$0 – Hospital ambulatorio – Centro de cirugía ambulatoria <u>Colonoscopia de diagnóstico</u> Copago de \$0 – Centro de cirugía ambulatoria – Hospital ambulatorio
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos <i>Hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo provisto como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o por un centro comunitario para la salud mental, que es más intensivo que el cuidado recibido en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta de matrimonio y familia con licencia (LMFT, por sus siglas en inglés) o asesor profesional con licencia y es una alternativa a la hospitalización como paciente internado. El <i>servicio ambulatorio intensivo</i> es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud del comportamiento (mental), proporcionado en el departamento ambulatorio de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado federalmente o una clínica de salud rural, que es más intenso que el cuidado recibido en el consultorio de su médico, terapeuta, LMFT o asesor profesional con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	<u>Dentro de la red:</u> <u>Servicios para la salud mental</u> Copago de \$0 – Hospitalización parcial

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
*Cuidado médico personal en el hogar (PHC, por sus siglas en inglés) Con el beneficio de cuidado personal en el hogar, usted será elegible para recibir servicios por un mínimo de 4 horas por día hasta un máximo de 80 horas por año calendario para ciertos servicios de apoyo en el hogar para ayudar a personas con discapacidades y/o afecciones médicas a realizar actividades de la vida diaria (ADL, por sus siglas en inglés) y actividades instrumentales de la vida diaria (IADL, por sus siglas en inglés) en el hogar a cargo de un asistente acreditado. Un afiliado debe recibir asistencia de un mínimo de una ADL para recibir asistencia con cualquier IADL. Ejemplos de ADL: Asistencia para: • Bañarse, vestirse o arreglarse • Ir al baño • Comer o beber • Cambiar de posiciones • Caminar de manera independiente Ejemplos de IADL: • Preparar comidas • Recoger pedidos pagados previamente en la acera/por ventanilla para automóviles • Realizar tareas domésticas livianas • Lavar la ropa • Lavar los platos Se puede requerir autorización. Contacte a Atención al cliente para aprovechar este beneficio o recibir más información.	<u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0
*Examen físico (rutinario) Además de la consulta anual de bienestar o del examen físico <i>Bienvenido a Medicare</i>, su cobertura incluye el siguiente examen una vez por año calendario: • Evaluación y control de medicina preventiva integral, incluso un historial adecuado para la edad y sexo, examen, y asesoramiento/orientación anticipada/intervenciones de reducción de factor de riesgo Nota: los procedimientos de laboratorio o de diagnóstico que se ordenen no estarán cubiertos por este beneficio y usted paga los costos compartidos del plan por esos servicios por separado.	<u>Dentro de la red:</u> <u>Exámenes físicos rutinarios</u> Copago de \$0 – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios del médico/profesional médico, incluso visitas al consultorio Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de cuidados médicos o quirúrgicos necesarios por razones médicas recibidos en el consultorio del médico, centro de cirugía ambulatoria certificado, departamento ambulatorio hospitalario o cualquier otro lugar • Consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista • Exámenes auditivos y del equilibrio básicos realizados por su PCP o especialista, si el médico lo solicita para saber si necesita un tratamiento médico • Ciertos servicios de telemedicina, incluidos los servicios prestados por proveedores de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) y especialistas; sesiones individuales para servicios especializados de salud mental y servicios psiquiátricos; sesiones individuales para servicios ambulatorios por farmacodependencia; y servicios que se necesitan con urgencia – Usted tiene la opción de obtener estos servicios a través de una consulta en persona o a través de servicios de telemedicina. Si elige obtener uno de estos servicios a través de telemedicina, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de esta vía. – Puede utilizar un teléfono, una computadora, una tableta u otra video tecnología • Algunos servicios de telemedicina, entre ellos, consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un médico o profesional para pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare • Servicios de telemedicina para consultas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal para afiliados con diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal hospitalario u hospitalario con acceso crítico, un centro de diálisis renal o el hogar del afiliado • Servicios de telemedicina para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un derrame cerebral, independientemente del lugar donde usted se encuentre • Servicios de telemedicina para afiliados con un trastorno por consumo de sustancias o trastorno de salud mental coexistente, independientemente del lugar donde se encuentre • Servicios de telemedicina para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: – Realiza una consulta en persona en los 6 meses previos a su primera consulta de telemedicina – Realiza una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe servicios de telemedicina – Se pueden hacer excepciones a lo anterior para ciertas circunstancias.	Dentro de la red: <u>Servicios profesionales y del proveedor</u> Copago de \$0 – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) – Consultorio de un especialista <u>Servicios de telesalud</u> Copago de \$0 – Médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) virtual – Especialista virtual – Atención de Salud Mental y Tratamiento de Abuso de Sustancias Virtual – Cuidado de urgencia virtual <u>Servicios de imágenes avanzadas</u> Copago de \$0 – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) – Consultorio de un especialista <u>Servicios de cirugía</u> Copago de \$0 – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) – Consultorio de un especialista <u>Radioterapia</u> Copago de \$0 – Consultorio de un especialista <u>Servicios que se necesitan con urgencia</u> Copago de \$0 – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) – Consultorio de un especialista

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
- Servicios de telemedicina para consultas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rurales y centros de salud acreditados por el gobierno federal - Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante 5 a 10 minutos si: - Usted no es un paciente nuevo y - El control no está relacionado con una consulta médica en los últimos 7 días y - El control no conduce a una consulta médica que sea dentro de las 24 horas posteriores o la cita más cercana disponible - Evaluación de video y/o imágenes que envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de 24 horas si: - Usted no es un paciente nuevo y - La evaluación no está relacionada con una consulta médica en los últimos 7 días y - La evaluación no conduce a una consulta médica que sea dentro de las 24 horas posteriores o la cita más cercana disponible - Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o con sus registros médicos electrónicos - Segunda opinión por parte de otro proveedor de la red antes de una cirugía - Cuidado dental que no sea rutinario (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, corrección de fracturas de mandíbula o de huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación en casos de enfermedad neoplásica cancerígena, o servicios que estarían cubiertos si los proveyera un médico) - Servicios del médico o del profesional médico que se necesitan con urgencia proporcionados en el ámbito de un consultorio Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen: - Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones calcáneos). - Cuidado rutinario de los pies para afiliados con determinadas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores	Dentro de la red: <u>Servicios de podología cubiertos por Medicare</u> Copago de \$0 Consultorio de un especialista

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
*La cobertura también incluye beneficios suplementarios de cuidado rutinario de los pies: • Usted puede autoreferirse para 12 consultas por año calendario a un especialista de la red. Los servicios suplementarios cubiertos incluyen: – Reducción o corte de lesiones hiperqueratósicas benignas (por ej., durezas, verrugas, callos) – Recorte o desbridamiento de uñas Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	<u>Dentro de la red:</u> <u>Servicios de podología (rutinarios)</u> Copago de \$0 – Consultorio del especialista
 Pruebas de detección del cáncer de próstata Los siguientes servicios están cubiertos una vez cada 12 meses para hombres de la edad de 50 años o más: • Examen rectal digital • Examen de antígeno específico de la próstata (PSA, por sus siglas en inglés)	<u>Dentro de la red:</u> No hay ningún coseguro, copago ni deducible para una prueba anual de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés).
Dispositivos protésicos y ortopédicos, suministros relacionados Dispositivos (que no sean dentales) que reemplacen de manera total o parcial una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, pero no se limitan a las pruebas, el ajuste o la capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos; así como: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos ortopédicos, brazos y piernas artificiales y prótesis de mama (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos y la reparación y/o el reemplazo de dispositivos protésicos y ortopédicos. Además, incluye parte de la cobertura después de la extracción o la cirugía de cataratas. Si desea más detalles, consulte Cuidado para la vista más adelante en esta sección. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	<u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0 – Proveedor de prótesis
Servicios de rehabilitación pulmonar Se cubren programas integrales de rehabilitación pulmonar para afiliados que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés) de moderada a muy grave y una orden para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	<u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0 – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
 Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso del alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso del alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusen del alcohol pero que no son alcohólicos. Si su evaluación da positivo para abuso del alcohol, puede recibir hasta 4 breves sesiones de asesoramiento en persona por año (si usted está alerta y es competente durante el asesoramiento) provistas por un médico de cuidado primario o profesional médico acreditado, en un entorno de cuidado médico primario.	Dentro de la red: No hay ningún coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso del alcohol cubierto por Medicare.
 Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT, por sus siglas en inglés) Para las personas elegibles, se cubre una LDCT cada 12 meses. Los afiliados elegibles son: personas de 50 a 77 años sin signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero con antecedentes de consumo de tabaco de al menos 20 años-paquete y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que han recibido una orden para una LDCT durante una sesión de asesoramiento para pruebas de detección de cáncer de pulmón y consulta de toma de decisión compartida conforme a los criterios de Medicare para dichas consultas a cargo de un médico o profesional no médico acreditado. <i>Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de la prueba de detección inicial con LDCT:</i> el afiliado debe recibir una orden para prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que se puede realizar durante cualquier consulta apropiada con un médico o profesional no médico acreditado. Si el médico o el profesional no médico acreditado opta por proporcionar una sesión de asesoramiento para pruebas de detección de cáncer de pulmón y consulta de toma de decisión compartida para las pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT subsiguientes, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas.	Dentro de la red: No hay ningún coseguro, copago ni deducible por la consulta de asesoramiento y la toma de decisiones compartida, cubierta por Medicare ni por la tomografía computarizada de baja dosis (LDCT, por sus siglas en inglés).

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
 Pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual y asesoramiento para prevenir las enfermedades de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés) Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (STI) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para mujeres embarazadas y para ciertas personas que corren mayor riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual cuando los exámenes son ordenados por un proveedor de cuidado primario. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta dos sesiones individuales de 20 a 30 minutos de asesoramiento conductual de alta intensidad por año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual. Solo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son provistas por un proveedor de cuidado primario y se realizan en un entorno de cuidado médico primario, como en un consultorio médico.	<u>Dentro de la red:</u> No hay ningún coseguro, copago ni deducible para pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés) cubiertas por Medicare y el beneficio preventivo de asesoramiento sobre STI.
Servicios para tratar la enfermedad renal Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado renal y ayudar a los afiliados a tomar decisiones informadas acerca de su cuidado médico. Para los afiliados que se encuentran en la etapa IV de su enfermedad renal crónica cuando su médico los refiere, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra fuera del área de servicio temporalmente, según se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o accesible temporalmente) • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es admitido como paciente internado en un hospital para recibir cuidado médico especial) • Capacitación para realizarse autodiálisis (incluye la capacitación para usted y para la persona que lo ayude con el tratamiento de diálisis en su hogar) • Equipo y suministros para diálisis en su hogar • Ciertos servicios de apoyo en su hogar (por ejemplo, cuando sea necesario, visitas de asistentes capacitados en diálisis para controlar la diálisis en su hogar, para asistirlo en casos de emergencias y controlar su equipo de diálisis y suministro de agua)	<u>Dentro de la red:</u> <u>Servicios de educación sobre la enfermedad renal</u> Copago de \$0 – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) – Consultorio de un especialista <u>Servicios de diálisis renal</u> Copago de \$0 – Centro de diálisis – Hospital ambulatorio <u>Equipo médico duradero</u> Copago de \$0 – Proveedor de equipo médico duradero <u>Cuidado de la salud en el hogar</u> Copago de \$0 – Hogar del afiliado

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Ciertos medicamentos para la diálisis se cubren dentro del beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Si desea información acerca de la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección, Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	
* Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers® SilverSneakers® es un programa de acondicionamiento físico para personas de la tercera edad que se incluye sin cargo adicional con planes de salud de Medicare elegibles. Los afiliados tienen acceso a los gimnasios participantes en todo el país que pueden incluir pesas y máquinas, además de clases de ejercicio en grupo dirigidas por instructores capacitados en lugares seleccionados. Acceda a educación en línea en SilverSneakers.com, mire videos de entrenamiento en SilverSneakers On-Demand™ o descargue la aplicación para acondicionamiento físico SilverSneakers GO™ para ver más ideas de entrenamiento. Su afiliación no incluye servicios en un centro de acondicionamiento físico que normalmente tienen una tarifa adicional.	<u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0
Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) (Para conocer la definición de cuidado en un centro de enfermería especializada consulte el Capítulo 12 de este documento. A los centros de enfermería especializada en ocasiones se les llama SNF, por sus siglas en inglés). La cobertura incluye hasta 100 días necesarios por razones médicas por período de beneficios. No se requiere una hospitalización anterior. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Habitación semiprivada (o privada en caso de que sea necesario por razones médicas). • Comidas, incluidas las dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Terapia física, ocupacional y del habla. • Medicamentos que reciba como parte de su plan de cuidado médico (esto incluye sustancias que están presentes en el organismo naturalmente, tales como factores coagulantes de la sangre). • Sangre: incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y glóbulos rojos empacados comienza desde la primera pinta de sangre que necesita. • Suministros médicos y quirúrgicos provistos normalmente por los centros de enfermería especializada.	Se iniciará un nuevo período de beneficio el primer día que se inscriba por primera vez en un plan Medicare Advantage, o cuando se le haya dado de alta del cuidado especializado en un centro de enfermería especializada por 60 días consecutivos. Por período de beneficio, usted paga: <u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0 por día, días 1 hasta 20 – Centro de enfermería especializada Copago de \$0 por día, días 21 hasta 100 – Centro de enfermería especializada

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
• Pruebas de laboratorio provistas normalmente por los centros de enfermería especializada. • Radiografías y otros servicios de radiología provistos normalmente por los centros de enfermería especializada. • Uso de aparatos, tales como sillas de ruedas, provistos normalmente por los centros de enfermería especializada. • Servicios del médico o profesional médico. Por lo general, recibirá cuidado de centros de enfermería especializada en centros de la red. Sin embargo, en determinados casos que se detallan a continuación, es posible que usted pueda recibir cuidado de un centro médico que no es un proveedor de la red si este acepta las cantidades que paga nuestro plan. • Un hogar de ancianos o comunidad de cuidado continuo para jubilados en donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre que el lugar provea cuidado en un centro de enfermería especializada). • Un centro de enfermería especializada en el que viva su cónyuge o pareja doméstica en el momento en que usted deja el hospital. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	
 Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) <u>Si usted consume tabaco, pero no presenta signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco:</u> cubrimos dos intentos para dejar de fumar o consumir tabaco con asesoramiento dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales. <u>Si usted consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o si toma un medicamento cuyo efecto podría verse alterado por el tabaco:</u> cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco. Cubrimos dos intentos para dejar de fumar o consumir tabaco con asesoramiento dentro de un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará los costos compartidos aplicables. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.	<u>Dentro de la red:</u> No hay ningún coseguro, copago ni deducible para los beneficios de prevención para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.
Terapia de ejercicios supervisados (SET, por sus siglas en inglés) La SET está cubierta para los afiliados que tienen enfermedad arterial periférica (PAD, por sus siglas en inglés) sintomática. Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas, si se cumplen los requisitos del programa de SET.	<u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0 – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
El programa de SET debe: • Constar de sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para la PAD en pacientes con claudicación • Realizarse en un hospital en un entorno para pacientes ambulatorios o en un consultorio médico • Estar a cargo de personal auxiliar acreditado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños y capacitado en la terapia con ejercicios para la PAD • Contar con la supervisión directa de un médico, auxiliar médico o profesional de enfermería practicante/especialista en enfermería clínica con formación tanto en técnicas básicas de soporte vital como avanzadas La SET puede estar cubierta más allá de 36 sesiones durante 12 semanas e incluir otras 36 sesiones durante un período prolongado si un proveedor de cuidado de la salud lo considera necesario por razones médicas. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	
* Transporte La cobertura incluye 60 viajes sencillos, que no sean en caso de emergencia a localidades aprobadas por el plan dentro del área de servicio del plan por año calendario. Hay una distancia máxima permitida de viaje de 75 millas por viaje. Contacte a Atención al cliente para obtener información sobre cómo coordinar el transporte. Atención al cliente confirmará sus beneficios y lo guiará al proveedor de transporte para planificar su viaje. Los afiliados deben programar los viajes al menos 72 horas (3 días hábiles) antes de su cita.	<u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0
Servicios que se necesitan con urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicio que se necesita con urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o incluso si se encuentra dentro del área de servicio del plan y no es razonable dado su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de los proveedores de la red con quienes el plan tiene contrato. Su plan debe cubrir los servicios que se necesitan con urgencia y solo cobrarle los costos compartidos dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como los exámenes anuales, no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.	<u>Dentro de la red:</u> <u>Servicios que se necesitan con urgencia</u> Copago de \$0 – Centro de cuidado de urgencia

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
La cobertura incluye servicios que se necesitan con urgencia en todo el mundo. Si necesita cuidado de urgencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable de pagar por adelantado por los servicios prestados. Debe enviar prueba de pago a Humana para el reembolso. Para obtener más información, consulte el Capítulo 7. 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 los proveedores fuera de los EE. UU. y sus territorios. Usted es responsable de todos los costos que excedan nuestras tarifas contratadas, así como de todos los costos compartidos del afiliado que correspondan. Consulte Servicios del médico/profesional médico, incluso visitas al consultorio para obtener información adicional sobre los servicios que se necesitan con urgencia proporcionados en el ámbito de un consultorio.	
* Modelo de diseño de seguros basado en el valor (VBID, por sus siglas en inglés) Medicamentos recetados de \$0 VBID Si recibe “Ayuda adicional”, pagará \$0 por todos los medicamentos recetados cubiertos por el plan de la Parte D de Medicare durante todo el año calendario. Humana Healthy Options Allowance™ (Subsidio de opciones saludables de Humana) Un subsidio mensual de \$225 se carga automáticamente en una tarjeta de débito de uso limitado para utilizarse para la compra de elementos esenciales que necesita para apoyar su salud. Este subsidio se puede utilizar para comprar <u>productos aprobados</u> en tiendas minoristas participantes como: • Comestibles (productos agrícolas, fruta, pan, carne, lácteos, etc.) • Artículos de cuidado personal (pasta de dientes, champú, jabón corporal, desodorante, etc.) • Productos para la salud y el bienestar de venta sin receta (vitaminas, primeros auxilios, medicamentos para el alivio del dolor, suministros para la incontinencia, etc.) • Suministros para el hogar (papel higiénico, toallas de papel, limpiador de baño, detergente para ropa, etc.) • Dispositivos de asistencia para el hogar (barras de sujeción, asientos elevados para el inodoro, aparatos para agarrar cosas, etc.) • Cuidado y suministros para mascotas (alimento para mascotas, arena para mascotas, champú para pulgas, etc., excluye servicios de peluquería, facturas veterinarias y medicamentos recetados para mascotas)	<u>Dentro de la red:</u> No hay coseguro, copago ni deducible para participar.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Este subsidio se puede usar para pagar <u>servicios aprobados</u>, como: • Gastos mensuales de subsistencia (alquiler/hipoteca, servicios públicos, teléfono, Internet, etc.) • Costos de transporte no médico (transporte público, taxi, Uber, Lyft, etc.) • Servicios de control de plagas El subsidio está disponible para usar al principio de cada mes. • Los subsidios no utilizados se transfieren al mes siguiente y vencen al final del año del plan o al desafilarse de este plan. • Las cantidades de los subsidios no pueden combinarse con otros subsidios que puedan estar en la Spending Amount Card (tarjeta de cuentas de gastos). • Nuestro plan no se responsabiliza por el uso no autorizado de subsidios debido a pérdidas o robos de tarjetas. • Es posible que se apliquen limitaciones y restricciones. La Humana Spending Account Card (tarjeta de cuenta de gastos) es lo que usa para gastar este subsidio. • Si su plan de Humana de 2024 tenía una Spending Account Card (tarjeta de cuenta de gastos), siga usando la misma tarjeta, ya que su subsidio de 2025 se añadirá a esta tarjeta. • Si su plan de Humana de 2024 <u>no</u> tenía una Spending Account Card (tarjeta de cuenta de gastos), recibirá una por correo. Active su tarjeta tan pronto como la reciba. • Como con cualquier tarjeta de débito, mantenga esta tarjeta segura. • <u>Conserve esta tarjeta incluso después de que gaste el subsidio, ya que las cantidades futuras del subsidio podría añadirse a esta tarjeta si permanece en el plan.</u> Descargue la aplicación móvil gratuita Healthy Benefits+®, disponible en App Store® o Google Play®, o visite HealthyBenefitsPlus.com/Humana para buscar tiendas o consultar su saldo. También puede ver el dorso de su Spending Account Card (tarjeta de cuenta de gastos) para obtener más información.	Dentro de la red: <u>Servicios para la vista cubiertos por Medicare</u> Copago de \$0 – Consultorio de un especialista <u>Prueba de detección de glaucoma</u> Copago de \$0 – Consultorio de un especialista
 Cuidado para la vista Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios médicos ambulatorios para diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare original no cubre exámenes rutinarios de la vista (refracción ocular) para anteojos o lentes de contacto.	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
- Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma por año. Las personas con alto riesgo de glaucoma son: personas con historial familiar de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años de edad y mayores, y estadounidenses hispanos de 65 años de edad o mayores. - Para personas con diabetes, las pruebas de detección de retinopatía diabética están cubiertas una vez por año. - Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye la inserción de una lente intraocular (Si tiene dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía) Los anteojos cubiertos después de una cirugía de cataratas incluyen monturas y lentes estándares según lo definido por Medicare; no está cubierto ningún producto de calidad superior (incluidos, entre otros, monturas de lujo, tintes, lentes progresivos o capa antirreflectora). Además, cubrimos beneficios suplementarios obligatorios de servicios para la vista que incluyen un examen rutinario de la vista y un subsidio para artículos de la vista. El símbolo 🍏 (servicio preventivo) se aplica únicamente a las pruebas de detección de glaucoma. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	<u>Examen de la vista para diabéticos</u> Copago de \$0 - Todos los centros de tratamiento <u>Artículos para la vista (después de una cirugía de cataratas)</u> Copago de \$0 - Todos los centros de tratamiento Beneficios obligatorios suplementarios de servicios para la vista *Usted tiene cobertura para beneficios suplementarios obligatorios de servicios para la vista. Para obtener información detallada, consulte la descripción de los beneficios suplementarios obligatorios de servicios para la vista que aparece al final de esta tabla. Tenga en cuenta: la red de proveedores para sus beneficios suplementarios de servicios para la vista puede ser diferente a la red de proveedores para los beneficios de servicios para la vista de Medicare original indicados anteriormente.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
 Consulta preventiva Bienvenido a Medicare El plan cubre la consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> que se realiza una sola vez. La consulta incluye una revisión de su salud, así como también educación y asesoramiento acerca de los servicios preventivos que usted necesita (incluye ciertas pruebas de detección y vacunas), y si fuera necesario, referidos para otro tipo de cuidado médico que necesite. Importante: cubrimos la consulta preventiva Bienvenido a Medicare solo dentro de los primeros 12 meses en los que tenga la Parte B de Medicare. Cuando programe una cita, informe al consultorio médico que usted quiere programar su consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>.	Dentro de la red: No hay ningún coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva Bienvenido a Medicare.

Beneficio suplementario dental obligatorio DEN441**Descripción de la cobertura**

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

Servicios cubiertos para usted
Servicios dentales Los servicios dentales están cubiertos solamente dentro de la red con un copago de \$0 hasta que se alcance el beneficio máximo permitido anual de \$3,000. • Su beneficio se puede utilizar para la mayoría de los tratamientos dentales, tales como: – Servicios dentales preventivos, como exámenes, limpiezas rutinarias, etc. – Servicios dentales básicos, como empastes, extracciones, etc. – Servicios dentales mayores, como alisado periodontal, coronas, dentaduras postizas, conductos radiculares, puentes, etc. • Tenga en cuenta: El subsidio no puede utilizarse con flúor, implantes o servicios cosméticos. • Usted es responsable de cualquier cantidad por encima del límite de cobertura dental. • Toda cantidad no utilizada al final del año vencerá.

Se pueden aplicar limitaciones y exclusiones. Las reclamaciones enviadas están sujetas a un proceso de revisión de reclamaciones que puede incluir una revisión clínica y un historial dental para aprobar la cobertura. Es posible que los beneficios dentales en este plan no cubran todos los códigos de procedimiento de la Asociación Dental Americana. Los servicios recibidos que no estén enumerados no tendrán cobertura del plan y serán responsabilidad del afiliado. El afiliado es responsable de cualquier cantidad 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 sobre cada plan está disponible en **es-www.humana.com/sb**.

Los dentistas dentro de la red han aceptado proveer servicios cubiertos a tarifas contratadas (según el cuadro de tarifas dentro de la red o INFS, por sus siglas en inglés). Si un afiliado visita a un dentista participante de la red, no se podrá facturar al afiliado por cargos superiores a los del cuadro de tarifas negociadas (pero el pago de cualquier coseguro aplicable continúa siendo aplicable).

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Los beneficios dentales suplementarios obligatorios se proporcionan a través de la red de Humana Dental Medicare. Puede encontrar el localizador de proveedores en **es-www.humana.com** > Encontrar cuidado.

Cómo se calculan los pagos que hacemos a usted o a su dentista

Por servicios dentales cubiertos, pagaremos de la siguiente manera:

- Determinaremos el gasto total cubierto.
- Compararemos el gasto cubierto con la cantidad máxima del beneficio permitido.
- Verificaremos que haya alcanzado su deducible, si corresponde. Si no lo ha hecho, deberá pagar el gasto cubierto hasta la cantidad del deducible.
- Le pagaremos lo que resta del gasto a usted o a su dentista, menos cualquier coseguro que usted adeude (el procedimiento que le realizaron podría requerir que pague un porcentaje del costo).

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

Cómo enviar planes de pretratamiento

Si se estima que el cuidado dental que necesita excederá los **\$300**, le sugerimos que usted o su dentista nos envíen un plan de tratamiento dental para que lo consideremos con anticipación y así podamos proporcionarle un presupuesto para los servicios. El plan de pretratamiento debe incluir lo siguiente:

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

Beneficio suplementario obligatorio de servicios para la audición HER945**Descripción de la cobertura**

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

Descripción del beneficio	Usted paga
Examen auditivo rutinario (1 por año)	\$0
Hasta 2 audífonos recetados de la marca TruHearing cada 3 años (1 por oreja cada 3 años). El beneficio se limita a los audífonos recetados Avanzados de TruHearing, que 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 utilizar este beneficio. Llame al 1-844-255-7144 para programar una cita (si utiliza un TTY, marque 711).	\$0 por audífono Avanzado

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Descripción del beneficio	Usted paga
La compra de audífonos de la red incluye: – Consultas de seguimiento ilimitadas con un proveedor durante el primer año después de la compra de audífonos TruHearing – Periodo de prueba de 60 días – Garantía prolongada de 3 años – 80 baterías por audífono para los modelos no recargables El beneficio no incluye ni cubre ninguno de los siguientes: – Audífonos de venta sin receta – Moldes auriculares – Accesorios para audífonos – Consultas adicionales con el proveedor – Baterías adicionales (o baterías cuando se compra un audífono recargable) – Audífonos que no sean audífonos Avanzados de la marca TruHearing – Los costos asociados a reclamaciones de garantía por pérdida y daños Los costos asociados a los artículos excluidos son responsabilidad del afiliado y no están cubiertos por el plan.	

Los copagos, coseguros y deducibles que se pagan por los beneficios suplementarios no cuentan como parte de su cantidad máxima de desembolso personal.

Estos beneficios se ofrecen cada año calendario. Toda cantidad no utilizada al final del año vencerá.

Beneficio suplementario obligatorio de servicios para la vista VIS702**Descripción de la cobertura**

Beneficio de la vista a través de la red Humana Medicare Insight

Usted puede recibir los siguientes servicios rutinarios relacionados con la vista no cubiertos por Medicare:

Descripción del beneficio	Dentro de la red Usted paga
• Examen rutinario de la vista (incluye refracción) (1 por año calendario) por un proveedor de servicios ópticos de Humana Medicare Insight Network O BIEN • Prueba de refracción (1 por año calendario) cuando se realiza en la misma consulta que un examen ocular integral cubierto por Medicare por parte de un proveedor de servicios ópticos médicos de la red de Humana.	\$0* 0 \$0 por prueba de refracción además del costo compartido del especialista médico por examen médico

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Descripción del beneficio	Dentro de la red Usted paga
- Beneficio de artículos para la vista (1 por año calendario) en un proveedor de servicios ópticos de Humana Medicare Insight Network. Usted puede elegir: - Subsidio de \$500 para la compra de monturas y par de lentes 0 para la compra de lentes de contacto (convencionales o desechables) 0 - Subsidio de \$550 para la compra de montura y par de lentes 0 para la compra de lentes de contacto (convencionales o desechables) de un proveedor PLUS** El beneficio no incluye el ajuste de lentes de contacto. La protección ultravioleta, la capa contra rayaduras y otras opciones de los lentes pueden aplicarse al beneficio de subsidio para anteojos. El subsidio para beneficios se aplica al precio minorista. El afiliado es responsable de cualquier costo que supere la cantidad aprobada por el plan. El beneficio se puede usar solamente una vez. Los dólares que sobren del beneficio no se transfieren a una compra futura.	Cualquier cantidad minorista que exceda \$500 0 Cualquier cantidad minorista que exceda \$550 de un proveedor PLUS**

* El cargo por su examen rutinario no excederá **\$0** en un proveedor de servicios ópticos de **la red Humana Medicare Insight**. Infórmele al proveedor de la red que usted pertenece a la red Humana Medicare Insight. **NOTA:** la red de proveedores para sus beneficios suplementarios de servicios para la vista a través de la red Humana Medicare Insight puede ser diferente a la red de proveedores para los beneficios de servicios para la vista cubiertos por Medicare.

Los proveedores PLUS forman parte de **la red Humana Medicare Insight y mostrarán el indicador de Proveedores PLUS en los resultados de búsqueda del localizador de proveedores.

Para servicios rutinarios para la vista o servicios de la vista cubiertos por Medicare, puede encontrar el localizador de proveedores en **es-www.humana.com** > Encontrar cuidado.

Los copagos, coseguros y deducibles que se pagan por los beneficios suplementarios no cuentan como parte de su cantidad máxima de desembolso personal.

Tenga en cuenta: Los beneficios se ofrecen en base al año calendario. Si estos beneficios se cambian o se eliminan el próximo año o el año después y usted no los ha utilizado, dejará de ser elegible para recibir los beneficios descritos anteriormente.

Sección 2.2 Cómo obtener cuidado médico utilizando el beneficio opcional para visitantes o viajeros de nuestro plan

El beneficio de viaje de HMO está disponible para usted como afiliado de Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP). Ya puede acceder al cuidado de emergencia y de urgencia cuando se encuentra fuera del área de servicio. Sin embargo, cuando viaja dentro de los Estados Unidos o Puerto Rico, el beneficio de viaje de HMO le permite recibir servicios cubiertos por el plan, incluido el cuidado preventivo. Los servicios cubiertos deben ser proporcionados por proveedores dentro de la red HMO/SNP de Medicare Nacional. Puede usar “Buscar un médico” en es-www.humana.com o comunicarse con Atención al cliente para obtener ayuda para ubicar un proveedor de la red cuando use el beneficio de viaje de HMO. Si recibe cuidado de un proveedor dentro de la red HMO/SNP de Medicare Nacional, pagará el mismo copago o coseguro dentro de la red que pagaría si recibiera cuidado dentro del área de servicio de su hogar.

Si planea viajar fuera de su área de servicio y anticipa que necesitará usar el beneficio de viaje de HMO, se recomienda que notifique a su proveedor de cuidado primario. También se recomienda que verifique si el proveedor o los proveedores que desea ver mientras viaja están en la red HMO/SNP de Medicare Nacional usando “Buscar un médico” en es-www.Humana.com o comuníquese con Atención al cliente para asistencia.

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP)?

Sección 3.1 Servicios no cubiertos por Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP)

Todos los servicios cubiertos por Medicare original también están cubiertos por nuestro plan. Si tiene preguntas sobre los servicios que no están cubiertos por Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP) pero están disponibles a través de Department of Medical Assistance Services (Medicaid), consulte su Manual para los afiliados de Medicaid o contacte a Medicaid. Se puede encontrar información de contacto para Department of Medical Assistance Services (Medicaid) en el “Anexo A” en la parte final de este documento.

Todos los servicios cubiertos por Medicare original también están cubiertos por nuestro plan.

SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?

Sección 4.1 Servicios no cubiertos por el plan (exclusiones)

Esta sección le indica los servicios que están excluidos. Para obtener más información acerca de los beneficios de Department of Medical Assistance Services (Medicaid), llame a Atención al cliente.

La siguiente tabla describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos por el plan en ninguna condición o que están cubiertos por el plan solamente en condiciones específicas.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos usted mismo, excepto en las condiciones específicas que se indican a continuación. Aun si recibe los servicios en un centro de emergencia, los servicios excluidos no se cubren y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si se apela el servicio y se decide tras la apelación que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Si desea información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 6.3 de este manual).

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solamente bajo condiciones específicas
Acupuntura		Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.
Cargos por los equipos utilizados principal y habitualmente con fines no médicos, aunque el artículo tenga algún uso remoto relacionado con la medicina.	No cubiertos bajo ninguna condición	
Procedimientos y cirugías estéticas		- Cubiertos en los casos de lesiones por accidente o para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo con malformaciones. - Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción de la mama sobre la que se realizó una mastectomía, así como también la mama no afectada para lograr una apariencia simétrica.
Procedimientos quirúrgicos y médicos, equipos y medicamentos experimentales. Los artículos y procedimientos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que Medicare original generalmente define como no aceptados por la comunidad médica.		Pueden estar cubiertos por Medicare original, dentro de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica).
Gastos generados por cuidado médico por parte de familiares directos o personas que habiten en su hogar.	No cubierto bajo ninguna condición	
Cuidado de enfermería a tiempo completo en su hogar	No cubierto bajo ninguna condición	
Servicios de naturópatas (utilizan tratamientos naturales o alternativos)	No cubierto bajo ninguna condición	
Lentes intraoculares (LIO) no convencionales después de una cirugía de cataratas, incluidas - una función correctora de astigmatismo de una lente intraocular - una función correctora de la presbicia de una lente intraocular	No cubierto bajo ninguna condición	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solamente bajo condiciones específicas
Cuidado dental que no sea rutinario		El cuidado dental requerido para tratar una enfermedad o lesión puede cubrirse como cuidado médico para un paciente internado o ambulatorio.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies		Zapatos que forman parte de un aparato ortopédico para la pierna y están incluidos en el costo del aparato ortopédico. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético.
Artículos personales, tales como teléfono o televisor en la habitación del hospital o del centro de enfermería especializada	No cubierto bajo ninguna condición	
Habitación privada en un hospital		Cubierta solamente cuando sea considerada necesaria por razones médicas
Procedimientos para la reversión de la esterilidad o suministros de anticoncepción no recetados.	No cubierto bajo ninguna condición	
Servicios que no se consideran razonables y necesarios, según las normas de Medicare original	No cubierto bajo ninguna condición	
Compra, en lugar de alquiler, de equipo médico duradero que Medicare original no permite que se compre directamente.	No cubierto bajo ninguna condición	

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en la Tabla de beneficios médicos o en cualquier otro lugar de esta *Evidencia de cobertura*, **los siguientes artículos y servicios no están cubiertos por Medicare original ni por nuestro plan:**

- Queratotomía radial, cirugía LASIK, y otros accesorios y servicios para la vista deficiente.
- Servicios provistos a veteranos en los centros de Asuntos para Veteranos (VA, por sus siglas en inglés). No obstante, cuando los servicios en casos de emergencia se reciben en un hospital de VA y los costos compartidos de VA son mayores que los costos compartidos dentro de nuestro plan, reembolsaremos a los veteranos la diferencia. Los afiliados continúan siendo responsables por las cantidades de nuestros costos compartidos.

Entre las exclusiones de Beneficios suplementarios obligatorios de servicios dentales, se incluyen pero no se limitan a las siguientes:

- Los dentistas de la red han aceptado proveer servicios a tarifas contratadas (el cuadro de tarifas dentro de la red o INFS, por sus siglas en inglés). Si un afiliado visita a un dentista participante de la red, el afiliado no

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

recibirá una factura por cargos superiores a los del cuadro de tarifas negociadas por los servicios cubiertos (el pago de coseguro continúa siendo aplicable).

- Los servicios recibidos de un dentista fuera de la red no son beneficios cubiertos.
- Colocación inicial o reemplazo de una dentadura postiza anterior que no sirva y que no pueda repararse. Las dentaduras postizas de repuesto no están cubiertas.
- El revestimiento dental puede no ser cubierto dentro de los seis meses de la colocación inicial de la dentadura postiza o en dentaduras postizas de repuesto.
- Los ajustes dentales pueden no ser cubiertos dentro de los seis meses de la colocación inicial de la dentadura postiza o en dentaduras postizas de repuesto.
- Gastos incurridos mientras es elegible para cualquier ley o decreto de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, independientemente de si 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 cargos de parte del gobierno estadounidense que sean reembolsables al gobierno o a cualquiera de sus agencias, según lo requiera la ley.
 - Proporcionados o pagaderos por cualquier plan o ley a través de cualquier subdivisión gubernamental o política (no incluye Medicare ni Medicaid).
 - Proporcionados por cualquier hospital, institución o agencia que pertenezca o sea dirigida por el gobierno estadounidense para cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
- Cualquier pérdida causada o empeorada por la guerra o un acto bélico, ya sea declarado o no, por un acto de conflicto armado internacional, o por un conflicto que involucre a las fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
- Cualquier gasto que surja del llenado de formularios.
- Si no asiste a una cita con el dentista.
- Cualquier servicio que consideremos odontología estética, a menos que sea necesario como resultado de una lesión accidental sufrida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideremos los siguientes procedimientos, entre otros, como servicios odontológicos estéticos:
 - Revestimiento de coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los soportes) posteriores al segundo bicúspide.
 - Cualquier servicio para corregir una malformación congénita.
 - Cualquier servicio cuyo principal objetivo sea mejorar la apariencia
 - Caracterizaciones y personalización de dispositivos protésicos; o
 - Cualquier procedimiento para cambiar el espaciado o la forma de los dientes
- Cargos por:
 - Cualquier tipo de implante y todos los servicios relacionados, incluidas coronas o el dispositivo protésico adherido a este;
 - Elementos de precisión o semiprecisión;
 - Otros dispositivos protésicos personalizados
 - Servicios dentales temporales o provisionales
 - Cargos adicionales relacionados con los materiales o el equipo utilizado en la prestación del cuidado dental;
 - La extracción de cualquier implante, a menos que sea un servicio cubierto.
- Cualquier servicio relacionado con lo siguiente:
 - Alteración de la dimensión vertical de los dientes.
 - Restauración o mantenimiento de la oclusión.
 - Ferulización de dientes, incluidos múltiples soportes, o cualquier servicio para estabilizar un diente periodontalmente debilitado.
 - Reemplazo de estructuras dentales perdidas como resultado de abrasión, atrición, erosión o abfracción.
 - Registro de mordida o análisis de mordida.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

- Control de una infección, por ejemplo, técnicas de esterilización.
- Cargos por tratamiento llevado a cabo por alguien que no sea un dentista, excepto para raspado, limpieza dental y aplicación tópica de flúor, los cuales puede realizarlos un higienista dental con licencia. El tratamiento se debe realizar bajo la supervisión del dentista, de acuerdo con las normas odontológicas generalmente aceptadas.
- Cualquier hospital, centro quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anestesiólogo o anestesista.
- Medicamentos recetados o premedicación, ya sean dispensados o recetados.
- Cualquier servicio que no está mencionado específicamente en la información sobre la cobertura.
- Cualquier servicio que no sea elegible para beneficios basado en la revisión clínica; no ofrece un pronóstico favorable; no cuenta con respaldo profesional uniforme; o cuyos fines son de naturaleza experimental o de investigación.
- Servicios de ortodoncia.
- Servicios de corona de anclaje cuando la cobertura de puente no está incluida en el beneficio.
- Cualquier gasto en que se haya incurrido antes de su fecha de vigencia o después de la fecha en la que finaliza este beneficio suplementario.
- Servicios provistos por alguien que vive normalmente con usted o que es miembro de su familia.
- Cargos que exceden el límite de reembolso para el servicio.
- Tratamiento derivado de cualquier lesión o enfermedad corporal autoinfligida de forma intencional.
- Anestesia local, irrigación, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio/moldes de diagnóstico, planes de tratamiento, ajustes oclusales (superficies de mordedura o trituración de dientes molares y bicúspide) o preparación de tejidos asociada con el molde o la colocación de una restauración cuando se cobre como un servicio aparte. Estos servicios se consideran parte integral del servicio dental completo.
- Cualquier prueba, radiografía intraoperatoria, laboratorio, retiro de postes existentes, material de empaste, obturadores Therafil y cualquier otro cuidado de seguimiento se considera parte integral de la terapia de conducto radicular. Un cargo por separado por estos servicios no se considera un gasto cubierto.
- Reparación y reemplazo de aparatos de ortodoncia.
- Cualquier tratamiento quirúrgico o no quirúrgico para cualquier problema en la articulación de la mandíbula, incluida cualquier disfunción de la articulación temporomandibular, disfunción craneomandibular, craneomaxilar u otras afecciones de la articulación que une los huesos de la mandíbula con el cráneo; o el tratamiento de los músculos faciales que se usan en las funciones de expresión y masticación, para síntomas que incluyen, entre otros, dolores de cabeza.
- Los beneficios de cirugía oral en virtud de este plan no incluyen:
 - Cualquier servicio de cirugía ortognática;
 - Cualquier servicio de destrucción de lesiones por cualquier método;
 - Cualquier servicio de trasplante dental;
 - Cualquier servicio de extracción de un cuerpo extraño en el tejido o huesos de la cavidad oral;
 - Cualquier servicio para la reconstrucción de defectos quirúrgicos, traumáticos o congénitos de los huesos faciales;
 - Cualquier cargo separado por cuidado pre y posoperatorio
- La anestesia general o la sedación consciente no son servicios cubiertos, a menos que se basen en una revisión clínica de documentación proporcionada y administrada por un dentista o profesional médico de cuidado de la salud en conjunto con procedimientos quirúrgicos orales cubiertos, procedimientos quirúrgicos periodontales y óseos o procedimientos quirúrgicos perirradiculares para servicios cubiertos.
- No se cubre anestesia general o sedación consciente administradas debido a los siguientes motivos, entre otros:
 - Control del dolor a menos que se proporcione una alergia documentada a la anestesia local.
 - Ansiedad.
 - Miedo al dolor.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

- Manejo del dolor.
- Incapacidad emocional para someterse a cirugía.
- Programas de control preventivo que incluyen, entre otros, instrucciones para higiene oral, control de sarro, artículos para llevar a la casa, medicamentos recetados y planificación alimenticia
- El reemplazo de cualquier restauración, prótesis o aparato principal duplicado, perdido, robado, dañado o extraviado.
- Cualquier prueba de susceptibilidad a las caries, análisis de laboratorio, muestras de saliva, cultivos anaeróbicos, pruebas de sensibilidad o cargos por procedimientos patológicos orales.
- Los cargos separados por cuidado pre y postoperatorio y reevaluación dentro de los 12 meses no se consideran servicios cubiertos en virtud de los servicios periodontales quirúrgicos de este plan.
- No cubrimos servicios que, por lo general, se consideran servicios médicos, excepto aquellos específicamente indicados como cubiertos en la Información de cobertura.
- Los copagos, coseguros y deducibles pagados por los beneficios suplementarios no cuentan para su cantidad máxima de desembolso personal.

Entre las exclusiones de Beneficios suplementarios obligatorios de servicios para la audición, se incluyen pero no se limitan a las siguientes:

- Audífonos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés).
- Cualquier cargo por exámenes, pruebas, evaluaciones o cualquiera de los servicios por encima de los máximos indicados.
- Cualquier gasto que esté cubierto por Medicare o por cualquier otro programa del gobierno o plan de seguro, o por el cual usted no esté legalmente obligado a pagar.
- Servicios provistos por autorización o consulta médica.
- Cualquier tarifa por readaptación por audífonos dañados o perdidos.
- Cualquier cargo por servicios prestados por un proveedor de audífonos que no pertenece a la red. Los proveedores de audífonos dentro de la red se reservan el derecho de brindar servicio únicamente para dispositivos comprados de proveedores dentro de la red.
- Audífonos y consultas con el proveedor para brindar servicios de audífonos (excepto los descritos específicamente en los Beneficios cubiertos), moldes auriculares, accesorios para audífonos, cargos por reclamación de garantía y baterías para audífonos (más allá del límite cubierto).

Entre las exclusiones de Beneficios suplementarios obligatorios de servicios para la vista, se incluyen pero no se limitan a las siguientes:

- Cualquier beneficio recibido de un proveedor de servicios ópticos que no pertenece a la red.
- Readaptación o cambio en el diseño de los lentes después de la adaptación inicial.
- Cualquier gasto que surja del llenado de formularios.
- Cualquier servicio que no esté mencionado específicamente en su beneficio suplementario.
- Terapia ortóptica o entrenamiento de la vista.
- Dispositivos para la vista subnormal y exámenes relacionados.
- Lentes aniseicónicas.
- Lentes para deportistas o 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 detalles)
- Cualquier servicio que consideremos estético.
- Cualquier gasto en que se haya incurrido antes de su fecha de vigencia o después de la fecha en la que finaliza este beneficio suplementario.
- Servicios provistos por alguien que vive normalmente con usted o que es miembro de su familia.
- Cargos que exceden la cantidad del subsidio para el servicio.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

- Tratamiento derivado 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 no recetadas.
- Dos pares de anteojos en lugar de lentes bifocales.
- Servicios o materiales provistos por cualquier otro plan de beneficios grupales que proporcione cuidado para la vista.
- Tratamiento correctivo de la vista con fines de naturaleza experimental.
- Soluciones o productos de limpieza para anteojos o lentes de contacto.
- Artículos no recetados.
- Costos relacionados con materiales de seguridad.
- Servicios pre y posoperatorios.
- Ortoqueratología.
- Mantenimiento rutinario de los materiales.
- Lentes pintados artísticamente.
- Gastos incurridos mientras califica para cualquier programa de compensación laboral o ley o decreto de enfermedad ocupacional, independientemente de si 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 cargos de parte del gobierno estadounidense que sean reembolsables al gobierno o a cualquiera de sus agencias, según lo requiera la ley.
 - Proporcionados o pagaderos por cualquier plan o ley a través de cualquier subdivisión gubernamental o política (no incluye Medicare ni Medicaid).
 - Proporcionados por cualquier hospital, institución o agencia que pertenezca o sea dirigida por el gobierno estadounidense para cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
- Cualquier pérdida causada o empeorada por la guerra o un acto bélico, ya sea declarado o no, por un acto de conflicto armado internacional, o por un conflicto que involucre a las fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
- Si no asiste a una cita.
- Cualquier hospital, centro quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anestesiólogo o anestesista.
- Medicamentos recetados o premedicación, ya sean dispensados o recetados.
- Cualquier servicio que determinemos que no es necesario según criterio oftalmológico; no ofrece un pronóstico favorable; no cuenta con respaldo profesional uniforme; o cuyos fines son de naturaleza experimental o de investigación.
- Reemplazo de lentes o monturas de anteojos proporcionados por este beneficio suplementario que se hayan roto o perdido, a menos que estén disponibles de otro modo conforme al beneficio suplementario.
- Cualquier examen o material requerido por un empleador como condición de empleo o de protección ocular.
- Tratamiento de una patología.
- Los copagos, coseguros y deducibles pagados por los beneficios suplementarios no cuentan para su cantidad máxima de desembolso personal.
- Estos beneficios se ofrecen por año calendario. Cualquier monto no utilizado al final del año vencerá.

El plan no cubrirá los servicios excluidos enumerados anteriormente. Incluso si recibe los servicios en un centro de emergencia, no se cubren los servicios excluidos.

CAPÍTULO 5:

Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D



¿Cómo puede obtener información sobre los costos de los medicamentos?

Debido a que usted es elegible para Medicaid, es elegible para recibir y está recibiendo “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Como usted está en el programa de “Ayuda adicional”, **parte de la información que se presenta en esta Evidencia de cobertura acerca de los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplica en su caso.**

SECCIÓN 1 Introducción

Este capítulo **explica las normas para el uso de su cobertura para medicamentos de la Parte D.** Consulte el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos para hospicio.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados pueden estar cubiertos por sus beneficios de Medicaid. La Guía de medicamentos le indica cómo obtener información sobre su cobertura de medicamentos de Medicaid.

Sección 1.1 Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan

El plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre que usted siga estas normas básicas:

- Un proveedor (un médico, un dentista, u otro profesional que receta) debe extenderle una receta, que debe ser válida según las leyes estatales aplicables.
- El profesional que receta no debe figurar en las listas de exclusión o caducidad de Medicare.
- Generalmente, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su medicamento recetado. (Consulte la Sección 2 en este capítulo. *O puede surtir su medicamento recetado a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar incluido en la *Guía de medicamentos recetados (Formulario)* del plan (para abreviar, la llamamos Guía de medicamentos). (Consulte la Sección 3 en este capítulo).
- Su medicamento debe utilizarse para una indicación aceptada por razones médicas. Una “indicación aceptada por razones médicas” es el uso de un medicamento que está o bien aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o bien respaldado por determinadas referencias. (Consulte la Sección 3 en este capítulo para obtener más información acerca de una indicación aceptada por razones médicas).
- Es posible que su medicamento necesite aprobación antes de que lo cubramos. (Consulte la Sección 4 en este capítulo para obtener más información acerca de las restricciones en su cobertura).

SECCIÓN 2 Surta sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan

Sección 2.1 Utilice una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados se cubren *solo* si se surten en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos recetados que se surten en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene contrato con el plan para proveerle sus medicamentos recetados cubiertos. El término medicamentos cubiertos hace referencia a todos los medicamentos de la Parte D incluidos en la Guía de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red

¿Cómo puede buscar una farmacia de la red en su área?

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar su *Directorio de proveedores*, visitar nuestro sitio web (es-www.humana.com/PlanDocuments), y/o llamar a Atención al cliente.

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

¿Qué sucede si la farmacia que usted ha estado utilizando abandona la red?

Si la farmacia que ha estado utilizando abandona la red del plan, tendrá que encontrar una nueva farmacia que forme parte de la red. Para buscar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda de Atención al cliente o utilizar el *Directorio de proveedores*. También puede encontrar información en nuestro sitio web es-www.humana.com/PlanDocuments

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

Algunos medicamentos recetados se deben surtir en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que proporcionan medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que proporcionan medicamentos para residentes de un centro de cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés). Generalmente, un centro de LTC (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene problemas para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, póngase en contacto con Atención al cliente.
- Farmacias que atienden al Servicio de salud para indígenas, el Programa de salud tribal o el Programa urbano de salud para indígenas (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, solo los indígenas nativos estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Las farmacias que administran medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) restringe a determinados lugares, o que requieren manipulación especial, coordinación con el proveedor o asesoramiento sobre su utilización. Para ubicar una farmacia especializada, consulte su

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

Directorio de proveedores ([es-www.humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments)) o llame a Atención al cliente.

Sección 2.3 Uso del servicio de pedido por correo del plan

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Generalmente, los medicamentos que se proveen a través de pedido por correo son medicamentos que usted toma con regularidad para una afección médica crónica o de largo plazo. Estos medicamentos están marcados como **medicamentos de pedido por correo** en nuestra Guía de medicamentos.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan permite que usted solicite **un suministro de hasta 100 días**.

Para obtener formularios de pedido y la información sobre cómo surtir sus medicamentos recetados por correo, póngase en contacto con Atención al cliente.

Generalmente, usted recibirá un pedido de una farmacia de pedido por correo en un plazo no mayor a 10 días hábiles desde que recibimos sus recetas. Cuando piense usar una farmacia de pedido por correo, es una buena precaución pedirle al médico que escriba dos recetas para los medicamentos: una la enviará para pedirlos por correo, y otra la puede surtir en persona en una farmacia dentro de la red si su pedido por correo no llega a tiempo. De esa manera, no tendrá un período sin medicamentos si su pedido por correo se demora. Si tiene problemas para surtir sus recetas en una farmacia dentro de la red mientras espera por el pedido por correo, por favor contáctese con el consultorio de su profesional que receta.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.

La farmacia surtirá y entregará automáticamente los medicamentos de nuevas recetas que reciba de los proveedores de cuidado de la salud, sin consultar con usted primero, si:

- Ha usado los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado, o
- Usted se inscribe para la entrega automática de los medicamentos de todas las nuevas recetas recibidas directamente de los proveedores de cuidado de la salud. Usted puede solicitar la entrega automática de todos los medicamentos recetados nuevos en cualquier momento llamando a Atención al cliente.

Si recibe un medicamento recetado de forma automática por correo que usted no quiere, y por el que no se le contactó para consultarle si lo quería antes de ser enviado, es posible que usted sea elegible para un reembolso.

Si ha utilizado el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia le surta y envíe cada nuevo medicamento recetado automáticamente, por favor contáctenos llamando a Atención al cliente.

Si usted nunca ha utilizado nuestro servicio de entrega de pedidos por correo y/o decide no continuar con el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia lo contactará cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de cuidado de la salud para ver si desea que el medicamento sea surtido y enviado inmediatamente. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarle si debe enviar, demorar o cancelar la nueva receta.

Repeticiones de medicamentos recetados de pedido por correo. Para las repeticiones de sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa automático de repetición de recetas. Según este programa, comenzaremos a procesar su próxima repetición de receta automáticamente cuando nuestros registros indiquen que debe estar cerca de quedarse sin su medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada repetición de receta para asegurarse de que necesita más medicamentos, y puede cancelar las repeticiones

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

programadas si tiene suficiente medicamento o si su medicamento ha cambiado.

Si decide no utilizar nuestro programa de repetición automática pero aún desea que la farmacia de envío por correo le envíe su medicamento recetado, comuníquese con su farmacia 14 días hábiles antes de que se le termine su receta actual. Esto garantizará que su pedido se envíe a tiempo.

Para excluirse de nuestro programa que prepara automáticamente repeticiones de recetas por correo, comuníquese con nosotros llamando a Atención al cliente.

Si recibe automáticamente por correo una repetición de receta que no desea, puede ser elegible para un reembolso.

Sección 2.4 ¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?

Cuando usted recibe un suministro de medicamentos a largo plazo, sus costos compartidos pueden ser inferiores. El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado *suministro prolongado*) de medicamentos de mantenimiento en la Guía de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma con regularidad para una afección médica crónica o de largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de proveedores* (**es-www.humana.com/PlanDocuments**) le informa las farmacias de nuestra red que pueden proveerle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Atención al cliente para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de envío por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no pertenece a la red del plan?**Su medicamento recetado puede cubrirse en determinadas situaciones**

Por lo general, cubrimos medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus medicamentos recetados como afiliado de nuestro plan. **Consulte primero a Atención al cliente** para saber si hay una farmacia de la red cercana. Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

Estas son las circunstancias en las que cubriríamos medicamentos recetados que se surten en una farmacia fuera de la red:

- **Si necesita un medicamento recetado debido a una emergencia médica**
 - Cubriremos medicamentos recetados que se surtan en farmacias fuera de la red (hasta un suministro de 30 días) en caso de que los medicamentos estén relacionados con el cuidado de una emergencia médica. En esta situación, usted tendrá que pagar el costo total (en lugar de solo pagar su copago o coseguro) cuando surta el medicamento recetado. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde enviándonos un formulario de reclamo de medicamentos recetados ubicado en **es-www.humana.com/pharmacy/prescription-coverages/medicare-claim-forms/**. Si usted va a una farmacia fuera de la red, usted podría ser responsable de pagar la diferencia entre lo que pagaríamos por

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

un medicamento recetado surtido en una farmacia dentro de la red y lo que le cobró por su medicamento recetado la farmacia fuera de la red. (El Capítulo 7, Sección 2 le explica cómo debe solicitar al plan el reembolso).

- **Si necesita cobertura mientras viaja fuera del área de servicio del plan**
 - Si usted regularmente toma un medicamento recetado y se va de viaje, asegúrese de revisar su suministro del medicamento antes de viajar. En lo posible, lleve toda la cantidad del medicamento que necesite. Es posible que pueda hacer un pedido de sus medicamentos recetados de antemano a través de nuestro servicio de pedido por correo, o a través de una farmacia minorista de la red que ofrezca suministros prolongados. Si usted está viajando fuera del área de servicio de su plan, pero dentro de los EE. UU. y sus territorios y se enferma, o se le acaban sus medicamentos recetados, llame a Atención al cliente para encontrar una farmacia de la red en su área donde pueda surtir su medicamento recetado. Si no hay disponible una farmacia de la red, cubriremos los medicamentos recetados que usted surta en una farmacia fuera de la red (hasta un suministro de 30 días) si usted sigue todas las demás reglas de la cobertura identificadas en este documento. En esta situación, usted tendrá que pagar el costo total (en lugar de solo pagar su copago o coseguro) cuando surta el medicamento recetado.
 - **Si el medicamento recetado está cubierto, se cubrirá a una tarifa por fuera de la red.** Usted podría ser responsable de pagar la diferencia entre lo que pagaríamos por un medicamento recetado surtido en una farmacia dentro de la red y lo que le cobró por su medicamento recetado la farmacia fuera de la red. Puede solicitarnos que le reembolsemos enviándonos un formulario de reclamación en papel. (El Capítulo 7, Sección 2 le explica cómo debe solicitar al plan el reembolso).
 - **Sin embargo, tenga en cuenta que la sucesión de varios casos de reclamaciones de farmacias fuera de la red que no sean de emergencia resultará en reclamaciones rechazadas. Además, no podemos pagar por medicamentos robados o por medicamentos recetados que se surtan en farmacias fuera de los Estados Unidos y sus territorios, incluso si se trata de una emergencia médica, como, por ejemplo, en un crucero cuando se encuentre fuera de los Estados Unidos.**

Hay otras ocasiones en que sus medicamentos recetados pueden ser cubiertos al ser surtidos en farmacias fuera de la red.

Estas situaciones se cubrirán a una tarifa por fuera de la red. En estas situaciones, usted tendrá que pagar el costo total (en lugar de solo pagar su copago o coseguro) cuando surta su medicamento recetado. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde enviándonos un formulario de reclamación en papel. Si usted va a una farmacia o proveedor fuera de la red, usted podría ser responsable de pagar la diferencia entre lo que pagaríamos por un medicamento recetado surtido en una farmacia dentro de la red y lo que le cobró por su medicamento recetado la farmacia fuera de la red. (El Capítulo 7, Sección 2 le explica cómo debe solicitar al plan el reembolso). Cubriremos su medicamento recetado surtido en una farmacia fuera de la red, si al menos una de las siguientes opciones aplica:

- No puede obtener un medicamento cubierto que necesita de inmediato debido a que no hay farmacias de la red abiertas dentro de una distancia razonable para conducir.
- Su receta es para un medicamento de especialidad que las farmacias dentro de la red generalmente no tienen en existencia.
- Era elegible para Medicaid al momento en que recibió el medicamento recetado incluso si aún no estaba inscrito. Esto se conoce como inscripción retroactiva.
- Fue evacuado de su casa debido a una emergencia de salud pública, estatal o federal y no tiene acceso a una

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

farmacia dentro de la red.

- Si usted recibe un medicamento recetado cubierto de una farmacia institucional mientras se encuentra como paciente en la sala de emergencias, clínica de un proveedor, clínica de cirugía ambulatoria u otro centro ambulatorio.

¿Cómo debe solicitar un reembolso por parte de nuestro plan?

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar la totalidad del costo al momento de surtir su medicamento recetado. Puede solicitarnos que le reembolsemos. (El Capítulo 7, Sección 2 le explica cómo debe solicitar al plan el reembolso).

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar incluidos en la Guía de medicamentos del plan

Sección 3.1	La Guía de medicamentos le informa los medicamentos de la Parte D que están cubiertos
--------------------	--

El plan tiene una *Guía de medicamentos recetados (Formulario)*. En esta *Evidencia de cobertura*, **se llama Guía de medicamentos, para abreviar.**

Los medicamentos de esta lista están seleccionados por el plan, con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

La Guía de medicamentos incluye los medicamentos que están cubiertos por la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados pueden estar cubiertos bajo sus beneficios de Medicaid. La Guía de medicamentos le indica cómo obtener información sobre su cobertura de Medicaid para medicamentos. Para obtener información acerca de los medicamentos recetados cubiertos solamente por Medicaid, comuníquese con Department of Medical Assistance Services (Medicaid) al número de teléfono que aparece en el “Anexo A” de este documento.

Por lo general, cubriremos un medicamento de la Guía de medicamentos siempre que usted cumpla con las demás normas de cobertura que se explican en este capítulo y que el medicamento sea usado para una indicación aceptada por razones médicas. Una indicación aceptada por razones médicas es el uso de un medicamento que está *o bien*:

- aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para la afección o el diagnóstico para el cual fue recetado; o bien,
- Respaldado por determinadas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el Micromedex DRUGDEX Information System.

La Guía de medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende con un nombre de marca comercial que es propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos. En la Guía de medicamentos, cuando hablamos de medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se llaman biosimilares. Por lo general, medicamentos genéricos y biosimilares tienen la misma eficacia que los de marca y productos biológicos originales y con frecuencia el costo es inferior. Existen medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin la necesidad de una nueva receta, como los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

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

¿Qué no incluye la Guía de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan Medicare cubra determinados tipos de medicamentos. (Si desea más información, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Guía de medicamentos. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la Guía de medicamentos. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 9).

Para obtener información acerca de los medicamentos recetados cubiertos por Medicaid, contacte a Department of Medical Assistance Services (Medicaid) al número de teléfono que aparece en el Anexo A de este documento.

Sección 3.2	¿Cómo puede verificar si un medicamento específico está incluido en la Guía de medicamentos?
--------------------	---

Tiene cuatro formas de verificarlo:

1. Consulte la Guía de medicamentos más reciente que le proporcionamos por medios electrónicos. (Tenga en cuenta: la Guía de medicamentos que le proporcionamos incluye información sobre los medicamentos cubiertos utilizados más habitualmente por nuestros afiliados. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no se incluyeron en la Guía de medicamentos que le proporcionamos. Si alguno de sus medicamentos no está en la Guía de medicamentos, visite nuestro sitio web o póngase en contacto con Atención al cliente para verificar si está cubierto por el plan).
2. Visite el sitio web del plan (**es-www.humana.com/PlanDocuments**). La Guía de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a Atención al cliente para verificar si un medicamento en particular está incluido en la Guía de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista.
4. Use la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan (al visitar **es-www.humana.com** e iniciar sesión en MyHumana o al llamar a Atención al cliente). Con esta herramienta, puede buscar medicamentos en la Guía de medicamentos para ver un estimado de lo que usted pagará y si hay medicamentos alternativos en la Guía de Medicamentos que sirvan para tratar la misma afección.

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Algunas normas especiales restringen cómo y cuándo el plan cubre determinados medicamentos recetados. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la manera más efectiva. Para verificar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que usted toma o desee tomar, consulte la Guía de medicamentos.

Si un medicamento seguro y de costo inferior es médicamente tan efectivo como un medicamento de costo superior, las normas del plan están diseñadas para alentarlos a usted y a su proveedor a utilizar esa opción de costo inferior.

Tenga en cuenta que algunas veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Guía de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir según la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de cuidado de la salud, y pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg; uno por día en comparación con dos por día; comprimido en comparación con líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Las siguientes secciones le proveen más información sobre los tipos de restricciones que utilizamos para determinados medicamentos.

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Comuníquese con Atención al cliente para obtener información sobre lo que usted o su proveedor tendrían que hacer para obtener la cobertura del medicamento. **Si desea estar exento de la restricción, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que realicemos una excepción.** Podemos aceptar o no la exención de la restricción. (Consulte el Capítulo 9).

Obtención de la aprobación previa del plan

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor debe obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir su medicamento. Esto se llama **autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene dicha aprobación, es posible que su medicamento no esté cubierto por el plan.

Primero pruebe un medicamento diferente

Este requisito lo alienta a probar medicamentos menos costosos, pero, por lo general, igualmente efectivos, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma afección médica y el Medicamento A cuesta menos, el plan puede exigirle que primero pruebe el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona en su caso, el plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar en primer lugar un medicamento diferente se denomina **terapia por fases**.

Límites de cantidad

Para determinados medicamentos, limitamos la cantidad de medicamentos que puede obtener cada vez que surte una receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro que tome solo una píldora por día de determinado medicamento, podemos limitar la cobertura de su receta a no más de una píldora por día.

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma que usted desearía?

Sección 5.1 Hay pasos que puede seguir si su medicamento no está cubierto de la forma que usted desearía

Hay situaciones en las cuales hay un medicamento recetado que usted toma, o uno que usted y su proveedor consideran que debería tomar, que no se encuentre en nuestro formulario o que se encuentre en este con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no estar cubierto en absoluto. O tal vez se cubra una versión genérica del medicamento, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero existen normas o restricciones adicionales en la cobertura de dicho medicamento, explicadas en la Sección 4.
- Hay pasos que puede seguir si su medicamento no está cubierto de la forma que usted desearía. **Si su medicamento no está en la Guía de medicamentos o si el medicamento tiene restricciones, consulte la Sección 5.2 para saber lo que puede hacer.**

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está incluido en la Guía de medicamentos o si el medicamento está restringido de alguna forma?

Si su medicamento no está en la Guía de medicamentos o está restringido, tiene estas opciones:

- Es posible que pueda recibir un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una **excepción** y pedir que el plan cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Es posible que pueda recibir un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionarle un suministro temporal de un medicamento que usted ya toma. El suministro temporal le da más tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar en la Guía de medicamentos del plan O debe estar restringido ahora de alguna manera.**

- **Si usted es un afiliado nuevo**, cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros 90 días de su afiliación al plan.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

- **Si estuvo en el plan el año anterior**, cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal será por un máximo de 30 días. Si su medicamento está recetado por menos días, permitiremos múltiples surtidos para proveerle hasta un máximo de 30 días de suministro del medicamento. El medicamento recetado se debe surtir en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de cuidado a largo plazo puede proveer el medicamento en cantidades menores por vez para evitar malgasto).
- **Para los afiliados que han permanecido en el plan durante más de 90 días y residen en un centro de cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento particular, o menos si el medicamento está recetado por menos días. Esto es adicional a la situación de suministro temporal anterior.

- **Suministro de transición para afiliados actuales con cambios en el lugar de tratamiento:**

Si el lugar donde recibe tratamiento cambia durante el año del plan, puede necesitar un suministro a corto plazo de los medicamentos durante la transición. Por ejemplo:

- Le dan de alta de un hospital o centro de enfermería especializada (donde sus pagos de la Parte A de Medicare incluyen costos de medicamentos) y necesita un medicamento recetado de una farmacia para continuar tomando el medicamento en su casa (usando el beneficio del plan de la Parte D); o
- Usted se transfiere de un centro de enfermería especializada a otro.

Si cambia de lugar de tratamiento y necesita surtir un medicamento recetado en una farmacia, cubriremos hasta un suministro de 31 días de un medicamento cubierto por la Parte D de Medicare, para que no se interrumpa su tratamiento con el medicamento.

Si usted cambia de lugar de tratamiento varias veces durante el mismo mes, posiblemente deba solicitar una excepción o una autorización previa para la cobertura ininterrumpida de su medicamento.

Políticas para el suministro temporal de medicamentos durante el período de transición

Consideramos los primeros 90 días del año del plan del 2025 un período de transición si es un afiliado nuevo, cambió de planes o hubo cambios en su cobertura para medicamentos. Como se describió antes, existen varias maneras en las que podemos asegurarnos de que obtenga un suministro temporal de sus medicamentos, si fuera necesario, durante el período de transición.

Durante los primeros 90 días, puede obtener un suministro temporal si tiene una receta actual para un medicamento que no se encuentra en nuestra Guía de medicamentos, o requiere autorización previa debido a restricciones. Las condiciones para obtener un suministro temporal se describen a continuación.

Suministro de transición por única vez en una farmacia minorista o de pedido por correo

Cubriremos hasta un suministro de 30 días de un medicamento cubierto por la Parte D de Medicare. Mientras tenga su suministro temporal, hable con su médico sobre qué debe hacer después de haber usado el suministro temporal. Es posible que pueda cambiar a un medicamento cubierto que sea igualmente efectivo para usted. Usted y su médico pueden solicitar una excepción si piensa que es necesario continuar con el mismo medicamento por razones médicas.

Suministro de transición si se encuentra en un Centro de cuidado a largo plazo

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

Cubriremos hasta un suministro de 31 días de un medicamento cubierto por la Parte D de Medicare. Esta cobertura está disponible en cualquier momento durante el período de transición de 90 días, siempre que su medicamento recetado actual se surta en una farmacia en un centro de cuidado a largo plazo.

Si tiene problemas para obtener un medicamento recetado más adelante en el año del plan (después del período de transición de 90 días), cubriremos un suministro de emergencia de hasta 31 días de un medicamento cubierto por la Parte D de Medicare. El suministro de emergencia le permitirá continuar con su tratamiento con el medicamento mientras que usted y su médico solicitan una excepción o autorización previa para continuar.

Extensión del período de transición

Si solicitó una excepción o presentó una apelación por la cobertura de un medicamento, puede que sea posible extender el período de transición temporal mientras procesamos su solicitud. Si piensa que debemos extender el período de transición para asegurarse de recibir los medicamentos según los necesite, llame a Atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

Costos de los suministros temporales

Su copago o coseguro por el suministro temporal de un medicamento se basará en los costos compartidos de medicamentos aprobados de su plan. Si recibe “Ayuda adicional” en 2025, su copago o coseguro no excederá la cantidad de su Subsidio por ingresos limitados.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Atención al cliente.

Durante el tiempo en que use un suministro temporal de un medicamento, debería hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se termine su suministro temporal. Tiene dos opciones:

1. Puede cambiar por otro medicamento

Hable con su proveedor acerca de si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que podría ser igualmente efectivo para usted. Puede llamar a Atención al cliente para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser eficaz para usted.

2. Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la manera en que usted lo desearía. Si su proveedor manifiesta que usted tiene razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, usted puede solicitar al plan que cubra un medicamento, aunque no esté incluido en la Guía de medicamentos del plan. O puede solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es un afiliado actual y un medicamento que toma se retirará del formulario o se restringirá de alguna manera para el próximo año, le avisaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Usted puede solicitar una excepción antes del próximo año y le proveeremos una respuesta dentro de las 72 horas después de recibir su solicitud (o la declaración de respaldo del profesional que receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 7.4 le indica lo que debe hacer. Le explica los procedimientos y las fechas límite establecidas por Medicare para garantizar que su solicitud se maneje de forma ágil y justa.

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de alguno de sus medicamentos?

Sección 6.1 La Guía de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos se produce al comienzo de cada año (1 de enero). No obstante, durante el año, el plan puede realizar algunos cambios a la Guía de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría:

- **Añadir o quitar medicamentos de la Guía de medicamentos.**
- **Añadir o quitar una restricción a la cobertura de un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca por la versión genérica del medicamento.**
- **Reemplazar un producto biológico original con una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

Debemos seguir los requisitos de Medicare antes de cambiar la Guía de medicamentos del plan.

Consulte el Capítulo 12 para ver las definiciones de los tipos de medicamentos analizados en este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se hacen cambios a la Guía de Medicamentos, publicamos en nuestro sitio web información sobre dichos cambios. También actualizaremos nuestra Guía de Medicamentos en línea de forma periódica. Esta sección describe los tipos de cambios que podríamos hacer a la Guía de medicamentos y cuándo le avisaremos directamente a usted si se hicieron cambios en un medicamento que esté tomando.

Cambios que podríamos hacer en la Guía de medicamentos que le afectan durante el año actual del plan

- **Añadir nuevos medicamentos a la Guía de medicamentos y eliminarlos inmediatamente o hacer cambios a un medicamento similar en la Guía de medicamentos.**
 - Al añadir una nueva versión de un medicamento a la Guía de medicamentos, podemos retirar inmediatamente un medicamento similar de la Guía de medicamentos, trasladar el medicamento similar a un nivel de costos compartidos diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costos compartidos o en un nivel inferior y con las mismas o menos restricciones.
 - Haremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos nuevas versiones biosimilares determinadas de un producto biológico original que ya estaba en la Guía de medicamentos.
 - Es posible que hagamos estos cambios inmediatamente y se lo informemos después, incluso si usted está usando el medicamento que eliminaremos o que tendrá cambios. Si está usando el medicamento similar

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

en el momento que hacemos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos hecho.

- **Añadir medicamentos a la Guía de medicamentos y eliminarlos o hacer cambios a un medicamento similar en la Guía de medicamentos con aviso previo.**
 - Al agregar otra versión de un medicamento a la Guía de medicamentos, podríamos eliminar un medicamento similar de la Guía de medicamentos, trasladarlo a un nivel de costos compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La versión del medicamento que agreguemos estará en el mismo nivel de costos compartidos o en un nivel inferior y con las mismas o menos restricciones.
 - Haremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos nuevas versiones biosimilares determinadas de un producto biológico original que ya estaba en la Guía de medicamentos.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de que hagamos el cambio o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido para 30 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Eliminar medicamentos no seguros y otros medicamentos de la Guía de medicamentos que se retiran del mercado.**
 - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o sacarse del mercado por otro motivo. En este caso, podremos retirar de inmediato el medicamento de la Guía de medicamentos. Si usted utiliza ese medicamento, le informaremos después de que hagamos el cambio.
- **Hacer otros cambios en los medicamentos de la Guía de medicamentos.**
 - Una vez iniciado el año, podemos hacer otros cambios que afecten a los medicamentos que esté usando. Por ejemplo, nos basamos en advertencias de la FDA o en nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de que hagamos estos cambios, o bien le informaremos sobre el cambio y le proveeremos un surtido adicional para 30 días del medicamento que está tomando.

Si hacemos cualquiera de estos cambios a cualquier medicamento que está tomando, hable con el profesional que receta sobre las opciones que funcionarían mejor para usted, lo que incluye cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para respetar cualquier restricción nueva para el medicamento que está tomando. Usted y el profesional que receta pueden solicitarnos una excepción para que continuemos cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Si desea información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la Guía de medicamentos que no le afectan durante el año del plan actual

Podemos hacer ciertos cambios en la Guía de medicamentos que no están descritos más arriba. En estos casos, los cambios no se aplicarán a usted si está tomando el medicamento cuando se realiza el cambio. Sin embargo, es probable que estos cambios le afecten a partir del 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

En general, los cambios que no le afectarán durante el año actual del plan son:

- Imponemos una nueva restricción para el uso de su medicamento.
- Quitamos su medicamento de la Guía de medicamentos.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

Si se produce alguno de estos cambios para un medicamento que está tomando (excepto por el retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico u otro cambio expresado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que usted paga como la parte que le corresponde del costo hasta el 1 de enero del año siguiente.

No le informaremos directamente sobre estos tipos de cambios durante el año actual del plan. Deberá consultar la Guía de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que está tomando que le afecte durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta sección le indica los tipos de medicamentos recetados que están **excluidos**. Esto significa que ni Medicare ni Department of Medical Assistance Services (Medicaid) pagan por estos medicamentos.

Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido por la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9). Si el medicamento está excluido, usted debe pagarlo por su cuenta.

A continuación, se detallan tres normas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán en la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por las Partes A o B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Por lo general, nuestro plan no puede cubrir los usos *no prescritos* de un medicamento cuando el uso no está respaldado por ciertas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el Micromedex DRUGDEX Information System. El uso *no prescrito* es cualquier uso del medicamento distinto a los usos indicados en el prospecto del medicamento según la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos.

Además, según lo exige la ley, las siguientes categorías de medicamentos enumeradas a continuación no están cubiertas por Medicare o Medicaid.

- Medicamentos no recetados (también llamados medicamentos de venta sin receta)
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de los síntomas de la tos o el resfriado.
- Medicamentos utilizados con fines cosméticos o para el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto las vitaminas prenatales y los preparados de flúor.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los que el fabricante solicite que se adquieran las pruebas asociadas o servicios de monitoreo exclusivamente del fabricante como condición de venta.

Si está recibiendo “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos recetados, el programa de “Ayuda adicional” no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Sin embargo, si tiene cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos recetados que habitualmente no están cubiertos por un plan de medicamentos de Medicare. Contacte con el programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura para medicamentos está disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6).

SECCIÓN 8 Surtir una receta**Sección 8.1 Proporcione la información de su afiliación**

Para surtir su medicamento recetado, proporcione tanto su información de afiliación al plan como su información de afiliación de Department of Medical Assistance Services (Medicaid), que puede encontrar en sus tarjetas de afiliación en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente al plan su medicamento.

Asegúrese de mostrar su Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP) para que su proveedor tenga conocimiento de que usted puede tener cobertura adicional.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no lleva con usted la información de la afiliación?

Si no lleva con usted la información de afiliación del plan al momento de surtir su medicamento recetado, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria, o usted puede solicitar a la farmacia a buscar su información de afiliación del plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que usted tenga que pagar la totalidad del costo del medicamento recetado cuando lo recoja**. (Posteriormente puede **solicitarnos que le reembolsemos**. Consulte el Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales**Sección 9.1 ¿Qué sucede si usted se encuentra en un hospital o centro de enfermería especializada por una estadía cubierta por el plan?**

Si es admitido en un hospital o un centro de enfermería especializada en una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que deje el hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos recetados siempre que estos cumplan con todas nuestras normas de cobertura descritas en este Capítulo.

Sección 9.2 ¿Qué sucede si usted reside en un centro de cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés)?

Por lo general, un centro de cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia, o utiliza una farmacia que proporciona medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de LTC, puede recibir sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o la que el centro utilice siempre que forme parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de proveedores* (**es-www.humana.com/PlanDocuments**) para verificar si la farmacia de su centro de LTC o la que el centro utiliza pertenece a nuestra red. En caso contrario, o si necesita más información o asistencia, póngase en contacto con Atención al cliente. Si se encuentra en un centro de LTC, debemos garantizar que usted pueda recibir rutinariamente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué sucede si usted es residente de un centro de cuidado a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está incluido en nuestra Guía de medicamentos o está restringido de alguna manera?

Consulte la Sección 5.2 en relación con un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si además recibe cobertura para medicamentos de un plan grupal de su empleador o de jubilados?

Si actualmente tiene otra cobertura para medicamentos recetados a través de un plan grupal de su empleador (o el de su cónyuge o pareja doméstica) o de jubilados, póngase en contacto con **el administrador de beneficios de dicho grupo**. Le puede ayudar a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos recetados con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura grupal para empleados o jubilados, la cobertura para medicamentos recetados que obtendrá de nosotros será *secundaria* a la cobertura grupal. Eso significa que la cobertura grupal pagará en primer lugar.

Nota especial sobre la cobertura válida:

Cada año el plan grupal de su empleador o de jubilados debe enviarle una notificación que le informe si su cobertura para medicamentos recetados para el año calendario siguiente es válida.

Si la cobertura de su plan grupal es válida, significa que el plan tiene cobertura para medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare.

Conserve esta notificación sobre la cobertura válida, ya que es posible que la necesite más adelante. Si se inscribe en un plan Medicare que incluye la cobertura para medicamentos de la Parte D, es posible que necesite esta notificación para demostrar que ha mantenido la cobertura válida. Si no recibió la notificación de la cobertura válida, solicite una copia del administrador de beneficios de su plan del empleador o de jubilados, o del empleador o sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si usted está en un hospicio certificado por Medicare?

Ni el hospicio ni nuestro plan cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., medicamentos para las náuseas, laxantes,

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

medicamentos para el dolor o medicamentos para la ansiedad) que no están cubiertos por su hospicio porque no están relacionados con su enfermedad terminal ni con las afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir la notificación (ya sea del profesional que receta o del proveedor del hospicio) de que el medicamento no está relacionado, antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pídale al proveedor de hospicio o al profesional que receta que le notifiquen antes de surtir su medicamento recetado.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o sea dado de alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar cualquier retraso en una farmacia cuando finaliza su beneficio de hospicio de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas para la seguridad y la administración de medicamentos

Sección 10.1 Programas para ayudar a los afiliados a usar los medicamentos de manera segura

Llevamos a cabo revisiones del uso de medicamentos para nuestros afiliados para ayudar a garantizar que estén recibiendo un cuidado médico seguro y adecuado.

Realizamos una revisión cada vez que usted surte un medicamento recetado. Además, realizamos una revisión de nuestros registros con regularidad. Durante estas revisiones buscamos problemas potenciales, tales como:

- Posibles errores de medicamento.
- Medicamentos que posiblemente no sean necesarios dado que ya toma otro medicamento similar para tratar la misma afección.
- Medicamentos que posiblemente no sean seguros o adecuados debido a su edad o sexo.
- Determinadas combinaciones de medicamentos que podrían perjudicarlo si se toman al mismo tiempo.
- Recetas de medicamentos que contienen ingredientes a los cuales usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando.
- Cantidades no seguras de medicamentos analgésicos opiáceos.

Si observamos un posible problema en su uso de medicamentos, lo analizaremos junto con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.2 Programa de administración de medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés) para ayudar a los afiliados a utilizar sus medicamentos opiáceos de manera segura

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que nuestros afiliados utilicen con seguridad los medicamentos recetados opioides y otros medicamentos de los cuales se hace frecuentemente un uso indebido. Este programa se denomina Programa de administración de medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés). Si

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

usa medicamentos opiáceos que obtiene a través de varios profesionales que los recetan o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podríamos hablar con los profesionales que le recetan para asegurarnos de que su uso de medicamentos opiáceos es adecuado y necesario por razones médicas. En colaboración con los profesionales que recetan, si decidimos que su uso de medicamentos recetados opiáceos o benzodiacepinas podría ser no seguro, es posible que limitemos la manera en la que puede obtener esos medicamentos. Si lo incluimos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

- Exigirle que surta todas las recetas de medicamentos opiáceos o benzodiacepinas en una determinada farmacia.
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opiáceos o benzodiacepinas a través de un determinado profesional que receta.
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos o benzodiacepinas que cubriremos para usted.

Si planeamos limitar cómo puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. La carta le notificará si limitamos la cobertura de estos medicamentos para usted, o si tendrá que obtener las recetas para estos medicamentos de un profesional que receta o farmacia en específico. Tendrá la oportunidad de decirnos qué profesionales que recetan o farmacias prefiere usar, y proporcionarnos cualquier otra información que considere importante que conozcamos. Una vez que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta para confirmar la limitación. Si cree que hemos cometido un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o la limitación, usted y el profesional que receta tendrán derecho a una apelación. Si solicita una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si continuamos rechazando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

No formará parte de nuestro DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor relacionado con el cáncer o enfermedad de células falciformes, si está recibiendo cuidado de hospicio, paliativo o de paciente terminal, o si vive en un centro de cuidado a largo plazo.

Sección 10.3 Administración de la terapia con medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés) y otros programas para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos

Tenemos programas que pueden ayudar a nuestros afiliados con necesidades de salud complejas. Hay un programa conocido como el Programa de administración de la terapia con medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés). Estos programas son voluntarios y gratuitos. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló los programas para ayudarnos a garantizar que nuestros afiliados obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos afiliados que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que exceden una cantidad específica de costos de medicamentos o están en un DMP para ayudar a los afiliados a usar sus opioides de manera segura, podrían obtener servicios a través de un programa de MTM. Si usted reúne los requisitos para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le dará una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar de sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta sin receta. Recibirá un resumen escrito con una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

toma, y cuándo y por qué los toma. Además, los afiliados del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y la lista de medicamentos. Lleve su resumen a la consulta o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de cuidado de la salud. Además, mantenga actualizada su lista de medicamentos y llévela con usted (por ejemplo, con su identificación) por si va al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapta a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenos y lo retiraremos. Si tiene alguna pregunta acerca de estos programas, póngase en contacto con Atención al cliente.

CAPÍTULO 6:

Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Capítulo 6 Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D**¿Cómo puede obtener información sobre los costos de los medicamentos?**

Debido a que usted es elegible para Medicaid, es elegible para recibir y está recibiendo “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Como usted está en el programa de “Ayuda adicional”, **parte de la información que se presenta en esta Evidencia de cobertura acerca de los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no le corresponde a usted.**

SECCIÓN 1 Introducción**Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con otros materiales que le explican su cobertura para medicamentos**

Este capítulo se enfoca en lo que usted paga por medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar, en este capítulo utilizamos el término **medicamento** para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos están incluidos en los medicamentos de la Parte D. Algunos medicamentos están excluidos de la cobertura de la Parte D por ley. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos por las Partes A o B de Medicare o por Medicaid.

Para entender la información sobre pagos, debe saber qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus medicamentos recetados y qué normas debe seguir al recibir sus medicamentos cubiertos. En el Capítulo 5, Secciones 1 a 4, se explican estas normas. Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para buscar la cobertura de medicamentos (consulte el Capítulo 5, Sección 3.2), el costo que se muestra se proporciona en “tiempo real”, lo que significa que el costo que ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar una estimación de los gastos de desembolso personal que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada por la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando a Atención al cliente.

Sección 1.2 Tipos de gastos de desembolso personal que puede pagar por los medicamentos cubiertos

Existen diferentes tipos de gastos de desembolso personal para los medicamentos de la Parte D. La cantidad que usted paga por un medicamento se llama **costos compartidos**, y hay tres maneras en que se le puede pedir que pague.

- **Deducible** es la cantidad que usted paga por los medicamentos que recibe antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- **Copago** es una cantidad fija que usted paga cada vez que surte un medicamento recetado.
- **Coseguro** es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que surte un medicamento recetado.

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare sus gastos de desembolso personal

Medicare tiene normas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta como gastos de desembolso personal. Estas son las normas que debemos seguir para llevar un registro de sus gastos de desembolso personal.

Capítulo 6 Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Estos pagos están incluidos en sus gastos de desembolso personal

Sus gastos de desembolso personal incluyen los pagos que se listan a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y que haya seguido las normas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- La cantidad que paga por los medicamentos cuando está en las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La Etapa de deducible
 - La Etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como afiliado de un plan de medicamentos recetados de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si **usted mismo** realiza los pagos, estos se incluyen en sus gastos de desembolso personal.
- Estos pagos *también se incluyen* en sus costos de desembolso personal si los realizan a su nombre **otras personas u organizaciones determinadas**. Esto incluye pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, la mayoría de las organizaciones de beneficencia, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, por un Programa estatal de ayuda farmacéutica acreditado por Medicare, planes de salud provistos por empleadores o un sindicato, o por el Servicio de salud para indígenas. Los pagos realizados por el programa de Medicare “Ayuda adicional” también están incluidos.

Paso a la Etapa de cobertura catastrófica:

Si usted (o las personas que pagan en su nombre) ha gastado un total de **\$2,000** de gastos de desembolso personal en un año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus gastos de desembolso personal

Sus gastos de desembolso personal **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Su prima mensual.
- Los medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Los medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Los medicamentos que recibe en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Los medicamentos cubiertos solo por Medicaid.
- Los medicamentos no incluidos en la Parte D, incluyendo medicamentos recetados cubiertos por las Partes A o B y otros medicamentos no incluidos en la cobertura de Medicare.
- Los pagos que usted realiza para medicamentos recetados que habitualmente no están cubiertos en un Plan de medicamentos recetados de Medicare.

- Los pagos de sus medicamentos realizados por la Administración de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés).
 - Los pagos de sus medicamentos realizados por un tercero con una obligación legal de pagar los costos de medicamentos recetados (por ejemplo, un programa de Compensación de los trabajadores).
 - Pagos realizados por fabricantes de los medicamentos según el Programa de descuentos para fabricantes.
 - Los pagos de sus medicamentos realizados por determinados planes de seguro y programas de salud financiados por el Gobierno, como TRICARE.
- Recuerde: si alguna otra organización, como las que se mencionaron antes paga parte de o todos los gastos de desembolso personal por medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan llamando a Atención al cliente.

¿Cómo puede llevar un registro del total de sus gastos de desembolso personal?

- **Le ayudaremos.** El resumen *SmartSummary* que usted recibe incluye la cantidad actual de sus gastos de desembolso personal. Cuando esta cantidad alcanza un total de **\$2,000**, este informe le indicará que usted ha dejado la Etapa de cobertura inicial y ha pasado a la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información necesaria.** La Sección 3.2 le informa lo que puede hacer para ayudar a asegurarnos de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2	Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos
Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los afiliados de Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP)?

Existen tres **etapas de pago de medicamentos** para su cobertura para medicamentos recetados de la Parte D de Medicare en Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP). La cantidad que usted paga depende de la etapa en la que se encuentra en el momento de surtir un medicamento recetado o una repetición del medicamento recetado. Los detalles de cada etapa se encuentran en las Secciones 4 a 6 de este capítulo. Las etapas son:

Etapas 1: Etapa de deducible anual

Etapas 2: Etapa de cobertura inicial

Etapas 3: Etapa de cobertura catastrófica

Nota importante para el beneficio de copago de \$0 por medicamentos recetados: Si usted recibe “Ayuda adicional”, pagará **\$0** por todos los medicamentos cubiertos por el plan de la Parte D de Medicare por todo el año calendario.

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra

Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual llamado *SmartSummary*

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que realizó al surtir sus medicamentos recetados o recibir una repetición del medicamento recetado en la farmacia. De esta forma, le podemos informar cuándo pasó de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, existen dos tipos de costos que registramos:

- Llevamos un registro de la cantidad que ha pagado. Esto se conoce como sus **gastos de desembolso personal**. Esto incluye lo que pagó cuando obtiene un medicamento cubierto por la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos y cualquier pago por sus medicamentos realizado por la “Ayuda adicional” de planes de salud de Medicare, un empleador o sindicato, el Servicio de salud para indígenas, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones de beneficencia y la mayoría de los Programas estatales de ayuda farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés).
- Llevamos un registro de sus **costos totales de medicamentos**. Este es el total de todos los pagos realizados para sus medicamentos cubiertos por la Parte D. Incluye lo que el plan pagó, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos por la Parte D.

Si ha surtido uno o más medicamentos recetados a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos un resumen *SmartSummary*. El resumen *SmartSummary* incluye:

- **Información de ese mes.** Este informe le provee los detalles de pagos de los medicamentos recetados que surtió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagó el plan y lo que pagaron usted y otras personas en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto se conoce como información *anual hasta la fecha*. Indica el costo total de los medicamentos y el total de pagos por sus medicamentos desde principios de año.
- **Información de precios de medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento, e información sobre aumentos en el precio desde el primer surtido para cada reclamación de medicamentos recetados de la misma cantidad.
- **Recetas alternativas de menor costo disponibles.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con un costo compartido más bajo para cada reclamación de recetas, si corresponde.

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos

Para llevar un registro de los costos de sus medicamentos y los pagos que usted realiza por sus medicamentos, utilizamos registros que obtenemos de las farmacias. Puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de afiliado cada vez que surta un medicamento recetado.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que sepamos acerca de los medicamentos recetados que surte y lo que paga.

Capítulo 6 Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- **Asegúrese de que tengamos la información necesaria.** Hay momentos en que usted puede pagar el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de sus gastos de desembolso personal. Para ayudarnos a llevar un registro de sus gastos de desembolso personal, envíenos copias de sus recibos. **Estos son algunos ejemplos de cuándo debería enviarnos copias de los recibos para los medicamentos:**
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan
 - Cuando realizó un copago por medicamentos provistos dentro del programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos
 - Cada vez que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o cuando haya pagado el precio total por un medicamento cubierto en circunstancias especiales
 - Si se le factura por un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan el pago de la parte del costo que nos corresponde. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas han realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones determinadas también se tienen en cuenta para los gastos de desembolso personal. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa estatal de ayuda farmacéutica, un programa de asistencia para los medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés), el Servicio de salud para indígenas y las organizaciones de beneficencia se cuentan como gastos de desembolso personal. Mantenga un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos registrar los costos.
- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba el informe de *SmartSummary*, revíselo para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que falta información, o si tiene alguna pregunta, llámenos a Atención al cliente Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 Durante la Etapa de deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos

Debido a que la mayoría de nuestros afiliados recibe “Ayuda adicional” con los costos de los medicamentos recetados, la Etapa de deducible no le corresponde a la mayoría de los afiliados. Si recibe “Ayuda adicional”, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Si no recibe “Ayuda adicional”, la Etapa de deducible es la primera etapa de pago de su cobertura para medicamentos. Esta etapa comienza cuando usted surte su primer medicamento recetado del año. Cuando usted se encuentra en esta etapa de pago, **usted debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta que alcance la cantidad del deducible del plan, que es **\$590** para 2025. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra la culebrilla, el tétanos y las vacunas de viajes. El **costo total** es, por lo general, más bajo que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en farmacias de la red.

Una vez que usted haya pagado **\$590** por sus medicamentos, usted sale de la Etapa de deducible y pasa a la Etapa de cobertura inicial.

Capítulo 6 Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde surte su medicamento recetado

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte de los costos que le corresponde por sus medicamentos recetados cubiertos, y usted paga la parte que a usted le corresponde (su cantidad del copago o de coseguro). La parte de los costos que le corresponde variará según el medicamento y el lugar donde surte su medicamento recetado.

Sus opciones de farmacias

Lo que usted paga por un medicamento depende de dónde lo obtiene:

- Una farmacia minorista de la red
- Una farmacia que no pertenece a la red del plan. Cubrimos medicamentos recetados surtidos en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para averiguar cuándo cubrimos un medicamento recetado surtido en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedido por correo del plan

Para más información sobre estas opciones de farmacias y cómo surtir sus medicamentos recetados, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de proveedores* del plan (**es-www.humana.com/PlanDocuments**).

Sección 5.2 La tabla muestra sus costos para un suministro de un medicamento para un mes

Nota importante para el beneficio de copago de \$0 por medicamentos recetados: Si usted recibe “Ayuda adicional”, pagará **\$0** por todos los medicamentos cubiertos por el plan de la Parte D de Medicare por todo el año calendario.

Durante la Etapa de cobertura inicial, la parte del costo que le corresponde de un medicamento cubierto será un copago o bien un coseguro.

A veces el costo del medicamento es menor que su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

La parte que a usted le corresponde del costo cuando obtiene un suministro para un mes de un medicamento recetado cubierto por la Parte D:

Capítulo 6 Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Nivel	Costos compartidos minoristas (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos de pedido por correo (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos de cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) (dentro de la red) (un suministro de hasta 31 días)	Costos compartidos fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; para más detalles, consulte el Capítulo 5) (un suministro de hasta 30 días)
Costos compartidos Todos los medicamentos de la Parte D cubiertos por el plan	25%	25%	25%	25%
Costos compartidos Todas las insulinas de la Parte D cubiertas por el plan	\$35	\$35	\$35	\$35

Consulte la Sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre los costos compartidos para las vacunas de la Parte D.

Sección 5.3	Si su médico le receta menos de un suministro de un mes completo, es posible que no tenga que pagar los costos del suministro del mes entero
--------------------	---

Por lo general, la cantidad que usted paga por un medicamento recetado cubre un suministro de un mes completo. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico deseen que usted tenga menos de un suministro de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez). También le puede pedir a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le dispense, menos de un suministro de un mes completo de sus medicamentos, si esto le ayudará a planificar mejor las fechas de repetición de los diferentes medicamentos recetados.

Si recibe menos de un suministro de un mes completo de ciertos medicamentos, usted no tendrá que pagar por el suministro de un mes completo.

- Si usted es responsable del coseguro, usted paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor, ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de un copago por el medicamento, solo pagará por el número de días del medicamento que usted recibe en vez del mes completo. Calcularemos la cantidad que usted paga por día por su medicamento (la tarifa diaria de costos compartidos) y la multiplicaremos por el número de días del medicamento que usted recibe.

Sección 5.4

La tabla muestra sus costos para un suministro a largo plazo (de hasta 100 días) de un medicamento

Nota importante para el beneficio de copago de \$0 por medicamentos recetados: Si usted recibe “Ayuda adicional”, pagará **\$0** por todos los medicamentos cubiertos por el plan de la Parte D de Medicare por todo el año calendario.

Para algunos medicamentos, puede recibir un suministro a largo plazo (también conocido como suministro prolongado). Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 100 días.

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando recibe un suministro a largo plazo de un medicamento. Los medicamentos de especialidad u otros medicamentos que el plan considere no elegibles no reúnen los requisitos para un suministro prolongado. Consulte su Guía de medicamentos para saber qué medicamentos están restringidos.

La parte que a usted le corresponde del costo cuando obtiene un suministro a largo plazo de un medicamento recetado cubierto por la Parte D:

Nivel	Costos compartidos minoristas (dentro de la red) (un suministro de hasta 100 días)	Costos compartidos de pedido por correo (dentro de la red) (un suministro de hasta 100 días)
Costos compartidos Todos los medicamentos de la Parte D cubiertos por el plan	25%	25%
Costos compartidos Todas las insulinas de la Parte D cubiertas por el plan	\$105	\$105

Sección 5.5

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos de desembolso personal durante el año lleguen a \$2,000

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos totales de desembolso personal lleguen a **\$2,000**. Luego pasa a la Etapa de cobertura catastrófica.

El *SmartSummary* que recibe le ayudará a llevar un registro de cuánto gastaron usted, el plan, y cualquier tercero, en su nombre durante el año. No todos los afiliados alcanzarán el límite de **\$2,000** en un año.

Le informaremos si usted alcanza esta cantidad. Si alcanza esta cantidad, dejará la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de cobertura catastrófica. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo calcula Medicare sus gastos de desembolso personal.

Capítulo 6 Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, usted no pagará nada por sus medicamentos cubiertos por la Parte D

Usted ingresa a la Etapa de cobertura catastrófica cuando sus gastos de desembolso personal hayan alcanzado el límite de **\$2,000** para el año calendario. Una vez que se encuentra en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa de pago, usted no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

SECCIÓN 7 Información acerca de beneficios adicionales

No hay beneficios de medicamentos recetados adicionales disponibles con este plan.

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las reciba

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en la Guía de medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo para usted incluso si no ha pagado su deducible. Consulte la Guía de medicamentos de su plan o comuníquese con Atención al cliente para obtener detalles de cobertura y costos compartidos acerca de vacunas específicas.

Hay dos partes en nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte de la cobertura es para el costo de **la administración de la vacuna**. (En ocasiones, esto se conoce como la “aplicación” de la vacuna).

Sus costos por una vacuna de la Parte D dependen de tres cosas:

- 1. Si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP, por sus siglas en inglés).**
 - La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por ACIP y no le cuestan nada.
- 2. Dónde recibe la vacuna.**
 - La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio médico.
- 3. Quién le aplica la vacuna.**
 - Un farmacéutico u otro proveedor puede administrar la vacuna en la farmacia. Alternativamente, un proveedor puede hacerlo en el consultorio médico.

Lo que usted paga al momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la **etapa de pago de medicamentos** en la que se encuentre.

Capítulo 6 Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- En ocasiones, cuando recibe una vacuna, deberá pagar el costo total de la vacuna y el costo del proveedor para que le administre la vacuna. Puede solicitar a nuestro plan el reembolso de la parte del costo que nos corresponde. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- En otras ocasiones, cuando reciba una vacuna, solamente pagará su parte del costo según el beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no paga nada.

A continuación, se presentan tres ejemplos de maneras en las que podría recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Usted recibe la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (Puede tener esta alternativa según el lugar donde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren ciertas vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia su coseguro o copago por la vacuna en sí, que incluye el costo de la administración de la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: Usted recibe la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Al recibir la vacuna, es posible que usted tenga que pagar el costo completo de la vacuna en sí y el costo del proveedor para administrarle la vacuna.
- Luego, puede solicitar a nuestro plan que pague la parte del costo que nos corresponde mediante el uso de los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará la cantidad que usted pagó menos cualquier coseguro o copago por la vacuna (incluida la administración) y menos cualquier diferencia entre la cantidad que el médico cobró y lo que habitualmente pagamos. (Si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos esa diferencia).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en sí en la farmacia de la red y luego la lleva al consultorio del médico donde se la administran.

- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, usted no pagará nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia su coseguro o copago por la vacuna en sí.
- Cuando el médico le administre la vacuna, es posible que usted tenga que pagar el costo completo de este servicio.
- Luego, puede solicitar a nuestro plan que pague la parte del costo que nos corresponde mediante el uso de los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la parte D para adultos, a usted se le reembolsará el monto total que usted pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará lo que pagó menos cualquier coseguro por la administración de la vacuna y menos cualquier diferencia entre la cantidad que el médico cobró y lo que habitualmente pagamos. (Si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos esa diferencia).

CAPÍTULO 7:

Cómo solicitarnos el pago de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Capítulo 7 Cómo solicitarnos el pago de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos el pago del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos

Los proveedores de nuestra red facturan directamente al plan sus servicios y medicamentos cubiertos – usted no debe recibir una factura por los servicios y medicamentos cubiertos. Si usted recibe una factura por cuidado médico o medicamentos recibidos, debe enviarnos la factura para que podamos pagarla. Cuando nos envía la factura, examinaremos la factura y decidiremos si se deben cubrir los servicios y medicamentos. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos directamente al proveedor.

Si usted ya pagó por un servicio o artículo de Medicare cubierto por el plan, puede solicitar que nuestro plan le devuelva el pago (esta devolución suele llamarse **reembolso**). Tiene derecho a que el plan le reembolse el dinero cuando haya pagado los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Pueden existir fechas de vencimiento que debe cumplir para recibir un reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envía una factura que usted ya pagó, examinaremos la factura y decidiremos si se deben cubrir los servicios o medicamentos. Si decidimos que se deben cubrir, le reembolsaremos los servicios o medicamentos.

Si tiene protección de costos compartidos de Department of Medical Assistance Services (Medicaid), vea el capítulo 4, sección 1.1 para obtener más información sobre protección de Medicaid de costos compartidos de Medicare.

También puede haber ocasiones en que reciba una factura de un proveedor por el costo total del cuidado médico que ha recibido o posiblemente por más de su parte del costo compartido como se describe en este documento. Primero, intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en vez de pagarla. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Usted nunca debe pagar más del costo compartido permitido por el plan. Si el proveedor tiene contrato, todavía tiene el derecho al tratamiento.

A continuación, presentamos algunos ejemplos de situaciones en que posiblemente deba solicitarle a nuestro plan que le reembolse un pago o que pague una factura recibida:

1. Cuando haya recibido cuidado médico que se necesita con urgencia o en caso de emergencia por parte de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan

Puede recibir servicios en casos de emergencia o que se necesitan con urgencia por parte de cualquier proveedor, ya sea que pertenezca a nuestra red o no. En estos casos, debe solicitar al proveedor que facture al plan.

- Si usted paga la cantidad total al momento de recibir el cuidado médico, solicítenos el reembolso. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
- Usted puede recibir una factura del proveedor que solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
 - Si se debe dinero al proveedor, le pagaremos directamente a él.
 - Si ya pagó por el servicio, le reembolsaremos.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos el pago de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura que usted considera que no debe pagar

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan. Pero en ocasiones pueden cometer errores y solicitarle que pague por sus servicios.

- No permitimos que los proveedores le facturen a usted los servicios cubiertos. Les pagamos a nuestros proveedores directamente y le protegemos de cualquier cargo. Esto es así incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Contactaremos directamente con el proveedor y solucionaremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, envíenos la factura junto con la documentación de todos los pagos que haya realizado. Debe solicitarnos el reembolso de sus servicios cubiertos.

3. Si se inscribe de manera retroactiva en nuestro plan

En ocasiones, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de su inscripción ya ha pasado. Incluso la fecha de inscripción puede haber sucedido el año pasado).

Si se inscribió en nuestro plan de manera retroactiva y pagó de su bolsillo por cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos. Deberá enviar documentación como recibos y facturas para que manejemos el reembolso.

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

Si va a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda enviarnos la reclamación directamente. Cuando esto suceda, usted tendrá que pagar el costo total del medicamento recetado.

Guarde el recibo y envíenos una copia al solicitarnos el reembolso. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para ver una descripción de estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y la cantidad que pagaríamos en una farmacia de la red.

5. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado porque no lleva su tarjeta de afiliado del plan

Si no lleva su tarjeta de afiliado del plan, puede solicitar a la farmacia que llame al plan o consulte su información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción necesaria en ese momento, posiblemente deba pagar el costo total del medicamento recetado usted mismo. Guarde el recibo y envíenos una copia al solicitarnos el reembolso. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado por el medicamento recetado.

6. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado en otras situaciones

Es posible que tenga que pagar el costo total del medicamento recetado porque descubre que el medicamento no está cubierto por algún motivo en particular.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté incluido en la *Guía de medicamentos (Formulario)* del plan; o podría tener un requisito o restricción que usted desconocía o no cree que deba aplicarse a su caso. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos el pago de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Guarde el recibo y envíenos una copia al solicitarnos el reembolso del pago. En algunos casos, es posible que necesitemos que su médico nos proporcione más información para reembolsarle por el medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado por el medicamento recetado.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si se debe cubrir el servicio o medicamento. Esto se conoce como tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que se debe cubrir, pagaremos por el servicio o medicamento. Si negamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este documento, se incluye información sobre cómo realizar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura recibida

Usted puede pedirnos enviarle un reembolso al enviarnos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe la factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de la factura y los recibos para conservarla en sus registros. **Debe enviarnos su reclamación de la Parte C (médica y dental) dentro de los 12 meses** posteriores a la fecha en que recibió el servicio, el artículo o el medicamento de la Parte B. **Debe enviarnos su reclamación de la Parte D (medicamento recetado) dentro de los 36 meses** posteriores a la fecha en que recibió el medicamento.

Si desea asegurarse de darnos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamación para realizar su solicitud de pago.

- No es necesario que utilice el formulario, pero nos ayudará a procesar la información con mayor rapidez. Los datos que necesitamos para tomar una decisión son: su nombre y el número de identificación del afiliado que figura en su tarjeta de identificación de Humana; una declaración detallada de su proveedor que enumere los servicios que se proporcionaron y la(s) fecha(s) en que se proporcionaron; y su recibo u otro comprobante de pago. También necesitamos el o los códigos de impuestos, si aplica; el o los códigos CPT y HCPCS correspondientes; el o los códigos de diagnóstico; y el lugar de tratamiento. Estos datos pueden estar incluidos en la declaración detallada del proveedor, pero, si no lo están, usted deberá proporcionarlos aparte.
- Puede descargar una copia del formulario desde nuestro sitio web (<https://www.humana.com/member/documents-and-forms>) o llamar a Atención al cliente y solicitar el formulario.

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con todas las facturas o recibos pagados a esta dirección:

Solicitudes de pago para servicios médicos y dentales:

Humana
P.O. Box 14359
Lexington, KY 40512

Solicitudes de pago por medicamentos de la Parte D:

Humana
P.O. Box 14359
Lexington, KY 40512

Capítulo 7 Cómo solicitarnos el pago de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos**SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o no****Sección 3.1 Evaluamos si debemos cubrir el servicio o medicamento**

Cuando recibamos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos información adicional. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que el cuidado médico o el medicamento está cubierto y usted cumplió con todas las normas, pagaremos por el servicio o medicamento. Si ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse la cantidad total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es mayor que nuestro precio negociado). Si aún no ha pagado el servicio o el medicamento, enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si decidimos que el cuidado médico o el medicamento *no* está cubierto, o usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos el cuidado médico o medicamento. Le enviaremos una carta explicando los motivos por los cuales no le enviamos el pago y sus derechos de apelar esta decisión.

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos el cuidado médico o el medicamento, puede realizar una apelación

Si considera que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o con la cantidad que pagamos, puede realizar una apelación. Si realiza una apelación, significa que nos solicita que cambiemos la decisión que tomamos de rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límite importantes. Para ver los detalles sobre cómo realizar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y su sensibilidad cultural como afiliado del plan

Sección 1.1	Debemos proveer la información de una manera que a usted le resulte útil y en conformidad con su sensibilidad cultural (en idiomas que no sean inglés, en Braille, en texto con letras grandes u otros formatos alternativos, etc.)
--------------------	--

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de manera competente desde el punto de vista cultural y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, incapacidad auditiva o aquellos con orígenes culturales y étnicos diversos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, telemáquinas de escribir o conexión TTY (teléfono de texto o teléfono de telemáquina).

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de intérpretes disponibles para responder preguntas de afiliados que no hablan inglés. También podemos darle información en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos sin costo en caso de ser necesario. Se nos exige darle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de parte de nosotros de una forma que se ajuste a sus necesidades, llame a Atención al cliente.

Nuestro plan debe brindarles a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud femenina dentro de la red para servicios de cuidado de la salud preventivos y de rutina para mujeres.

Si no hay disponibles proveedores de la red del plan para una especialidad, es responsabilidad del plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen el cuidado necesario. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la cual no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que usted necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde ir para obtener este servicio al costo compartido dentro de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar una queja formal ante el Departamento de quejas formales y apelaciones de Humana a 1-844-881-4482, TTY 711. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Section 1.1	We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.)
--------------------	--

Your plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how a

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

plan may meet these accessibility requirements include, but are not limited to provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Customer Care.

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

If providers in the plan's network for a specialty are not available, it is the plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you will only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in the plan's network that cover a service you need, call the plan for information on where to go to obtain this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Humana Grievances and Appeals Dept. at 1-844-881-4482, TTY 711. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos

Tiene derecho a elegir un proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) de la red del plan que provea y coordine sus servicios cubiertos. No es necesario que obtenga un referido para consultar a proveedores de la red.

Tiene derecho a concertar citas y recibir los servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a obtener oportunamente los servicios de especialistas cuando necesita ese tipo de cuidado. Además, tiene derecho a surtir o recibir una repetición de sus medicamentos recetados en cualquier farmacia de nuestra red sin grandes demoras.

Si considera que no recibe el cuidado médico o los medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, el Capítulo 9 le informa lo que puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de la información personal sobre su salud

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus expedientes médicos y la información personal sobre su salud. Protegemos la información personal sobre su salud como lo exigen estas leyes. Un derecho de ser tratado con respeto y reconocimiento de su **dignidad** y su derecho a privacidad.

- La información personal sobre su salud incluye la **información personal** que usted nos dio cuando se inscribió en el plan, así como los expedientes médicos y otros datos médicos y sobre su salud.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Usted tiene derechos relacionados con su información y el control de la manera en que se utiliza la información sobre su salud. Le proveemos un aviso por escrito, llamado *Aviso sobre prácticas de privacidad*, que trata de estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de la información sobre su salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de la información sobre su salud?

- Nos aseguramos de que ninguna persona sin autorización vea o modifique sus expedientes.
- A excepción de las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de proporcionar su información de salud a alguien que no provea ni pague su cuidado, *debemos obtener primero su permiso por escrito o el de alguien a quien usted le haya dado el poder legal para tomar decisiones por usted.*
- Existen determinadas excepciones donde no es necesario que primero obtengamos su permiso por escrito. Dichas excepciones son permitidas o requeridas por la ley.
 - Debemos divulgar la información sobre su salud a las agencias del gobierno que controlen la calidad del cuidado.
 - Como usted es afiliado de nuestro plan a través de Medicare, debemos proveerle la información sobre su salud a Medicare, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información con fines de investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentos federales. Por lo general, esto requiere que no se comparta información que le identifique de manera exclusiva.

Usted puede ver la información en sus expedientes y saber cómo se ha compartido con otros

Tiene derecho a examinar su expediente médico que tiene el plan y a obtener una copia. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por las copias. Además, tiene derecho a solicitarnos que agreguemos información o hagamos correcciones a sus expedientes médicos. Si nos lo solicita, determinaremos con su proveedor de cuidado de la salud si se deben hacer los cambios.

Tiene derecho a saber de qué manera se divulgó a terceros la información sobre su salud con fines que no sean de rutina.

Si tiene alguna pregunta o duda sobre la privacidad de la información personal sobre su salud, llame a Atención al cliente.

Seguros ACE

Aviso sobre prácticas de privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN QUE LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED PUEDE SER USADA Y DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. ANALÍCELO DETENIDAMENTE.

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

Este Aviso sobre prácticas de privacidad se aplica a todas las entidades que forman parte de Seguros ACE, una entidad afiliada cubierta en virtud de la HIPAA. 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 HIPAA. Puede consultar una lista completa de los miembros de ACE en <https://huma.na/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

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

realicemos un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, modificaremos este aviso y enviaremos a los afiliados de nuestros planes de salud el correspondiente aviso.

¿Qué es la información personal y de salud no pública?

La información personal y de salud no pública incluye tanto información médica como información personal, como su nombre, dirección, número de teléfono, número de Seguro Social, números de cuenta, información de pago o información demográfica. El término “información” en este aviso incluye cualquier información personal y de salud no pública. 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 condición física o mental, el cuidado de la salud que se le ha proporcionado o el pago de dicho cuidado de la salud.

¿Cómo recopilamos información sobre usted?

Recopilamos información sobre usted y su familia cuando usted completa solicitudes y formularios. También recopilamos información de sus transacciones con nosotros, con nuestras afiliadas y con otras personas. 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.

¿Qué información recibimos sobre usted?

La información que recibimos puede incluir datos como su nombre, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de Seguro 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.

¿Cómo protegemos su información?

Tenemos la responsabilidad de proteger la privacidad de su información en todos los formatos, incluida la información electrónica y oral. Entre los procedimientos administrativos, técnicos y físicos que tenemos para proteger su información de diversas formas se incluyen:

- Limitamos el número de personas que pueden ver su información.
- Limitamos la forma en que podemos usar o divulgar su información.
- Le informamos a usted acerca de nuestros deberes legales acerca de su información.
- Capacitamos a nuestros empleados con respecto a nuestros programas 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 de actuar en su nombre.
- A la Secretaría 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 actividades de pago, incluido el pago de reclamaciones por servicios cubiertos provistos a usted por proveedores de cuidado de la salud, y para pagos de las primas del plan de salud.
- Para actividades operativas de cuidado de la salud, lo que incluye procesar su inscripción, responder a sus preguntas, coordinar su cuidado, mejorar la calidad y determinar primas.
- Para realizar actividades de suscripción. No obstante, no usaremos ningún resultado de exámenes genéticos ni haremos preguntas con respecto a su historia familiar.
- Al patrocinador de su plan, para permitirle desempeñar las funciones de administración del plan, como actividades relacionadas con la elegibilidad, la inscripción y la desafiliación. Podemos compartir, en ciertas situaciones, información de salud resumida sobre usted con el patrocinador de su plan. Por ejemplo, para permitirle al patrocinador de su plan obtener ofertas de otros planes de salud. Su información de salud detallada no se compartirá con el patrocinador de su plan. Le pediremos permiso o el patrocinador de su plan debe certificar que acepta mantener la privacidad de su información.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Para comunicarnos con usted para brindarle información sobre 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 usted no puede comunicarse, como en un caso de emergencia.
- A sus familiares y amigos o a cualquier otra persona que usted identifique. Esto se aplica si la información es directamente pertinente a la participación de dichas personas en su cuidado de la salud o el pago de dicho cuidado. Por ejemplo, si un familiar o cuidador nos llama con conocimiento previo de una reclamación, podemos confirmar si la reclamación ha sido recibida y pagada.
- Para proveer información de pago al suscriptor para sustentación ante el Servicio de impuestos internos.
- A las agencias de salud pública, si consideramos que existe una grave amenaza para la salud o seguridad.
- A las autoridades pertinentes cuando hay problemas de abuso, negligencia o violencia familiar.
- En respuesta a una orden administrativa o del tribunal, citación, solicitud de revelación 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 ayuda en tareas de recuperación 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 de compensación laboral.
- Para evitar una grave e inminente amenaza para 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 obtención, remisión al banco de órganos o trasplante de órganos, ojos o tejido.
- A un médico forense, examinador médico o director funerario.

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

No usaremos ni divulgaremos su información con ningún otro fin que no esté descrito en este aviso sin su permiso por escrito. Usted puede cancelar su permiso en cualquier momento mediante una notificación por escrito.

Los siguientes usos y divulgaciones requerirán su permiso por escrito:

- La mayoría de los usos y divulgaciones de las notas de psicoterapia.
- Los fines de marketing.
- La venta de información de salud protegida.

¿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 requerido, destruimos la información siguiendo estrictos procedimientos 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: usted tiene derecho a revisar y obtener una copia de su información que puede ser usada para tomar decisiones acerca de usted. También puede recibir un resumen de esta información de salud. Tal como lo exigen las leyes aplicables, pondremos esta información personal a su disposición o a disposición de su representante designado.
- Decisión adversa sobre la suscripción: si rechazamos su solicitud de seguro, usted tiene derecho a que se le proporcione el motivo de la denegación.
- Comunicación alterna: 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. Procesaremos su solicitud si es razonable.
- Enmienda: usted tiene derecho a solicitar la corrección de cualquiera de estos datos personales mediante su enmienda o eliminación. En un plazo de 60 días hábiles a partir de la recepción de su solicitud por escrito, le notificaremos nuestra modificación o eliminación de la información en disputa, o nuestra negativa a realizar dicha corrección, después de una investigación adicional. Si nos negamos a modificar o eliminar la información

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

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 que es 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, podemos cobrarle un cargo razonable basado en los costos.
- **Aviso:** usted tiene derecho a solicitar y recibir en cualquier momento una copia por escrito de este aviso.
- **Restricción:** usted tiene derecho a solicitar que se limite el uso o la divulgación de su información. No se nos exige aceptar este límite, pero si lo hacemos, acataremos nuestro acuerdo. Usted también tiene derecho a aceptar o poner término a una limitación previamente presentada.

* Este derecho solo se aplica a nuestros residentes de Massachusetts según las regulaciones estatales.

Si creo que se ha violado mi privacidad, ¿qué debo hacer?

Si cree que se ha violado su privacidad, puede presentarnos una queja llamándonos al: 1-866-861-2762 en cualquier momento.

También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés). Le suministraremos la dirección regional de la OCR que corresponda si usted 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 le castigaremos ni tomaremos represalias de ninguna manera.

Respaldamos su derecho a proteger la privacidad de su información personal y de salud.

Nuestras responsabilidades

- La ley nos exige mantener la privacidad y 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 los deberes y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso y proporcionarle una copia del mismo.
- 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?

Todos sus derechos de privacidad se pueden ejercer mediante la obtención de los formularios pertinentes. Puede conseguir cualquiera de los formularios al:

- Contactarnos al 1-866-861-2762
- Ingresar a nuestro sitio web en **es-www.humana.com** y entrar al enlace de Prácticas de privacidad
- Enviar el formulario de solicitud completado a:
Humana Inc.
Privacy Office 003/10911
101 E. Main Street
Louisville, KY 40202

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**Sección 1.4 Debemos darle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos**

Como afiliado de Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP), tiene derecho a recibir distintos tipos de información de nuestra parte.

Si desea recibir cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Atención al cliente:

- **Información sobre nuestro plan.** Incluye, por ejemplo, información sobre el estado financiero del plan.
- **Información sobre nuestras farmacias y proveedores de la red.** Usted tiene derecho a que le enviemos información sobre las calificaciones de los proveedores y farmacias de la red, y sobre cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe cumplir al utilizarla.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.
- Tenemos programas especiales para los afiliados dirigidos a preservar la salud, detectar indicadores precoces de riesgos para la salud, garantizar que su cuidado de la salud se preste de forma segura y eficiente en todos los niveles de cuidado y controlar las afecciones crónicas. Además, nuestro programa de coordinación de casos ofrece servicios de apoyo a los afiliados con afecciones médicas complicadas, o a los que han sido hospitalizados. Un profesional de enfermería de Humana le ayuda a navegar el sistema de cuidado de la salud y le brinda asistencia en la coordinación del cuidado. Otros programas ayudan a las personas a controlar afecciones médicas, tales como diabetes, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y otras enfermedades. Todos estos programas son voluntarios. Si es elegible y se comunican con usted sobre uno de estos programas especiales, le animamos a que participe, ya que la mayoría de los afiliados considera que estos programas son muy útiles. Puede optar por dejar de participar en cualquier momento con solo informárselo a su coordinador de cuidado médico. Si desea obtener más información sobre estos programas especiales de salud, llame al equipo de la Línea de asesoramiento de enfermería al 1-800-491-4164, TTY 711.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito de por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto, o si su cobertura está restringida. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, lo que también se denomina apelación.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho de tomar decisiones sobre su cuidado**Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre el cuidado de la salud**

Usted tiene derecho a que los médicos y otros proveedores de cuidado de la salud le provean toda la información. Los proveedores deben explicarle su afección médica y las opciones de tratamiento *de una manera comprensible para usted*.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Además, tiene derecho a participar completamente en las decisiones relacionadas con su cuidado de la salud. Para ayudarlo a tomar decisiones junto con sus médicos sobre qué tratamiento es el mejor para usted, cuenta con los siguientes derechos:

- **Conocer todas las opciones.** Usted tiene derecho a que le informen todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, independientemente del costo o si están cubiertas por nuestro plan. Además, incluye recibir información sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos y usarlos de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que le informen cualquier riesgo que implique su cuidado. Se le debe comunicar con anticipación si cualquier cuidado médico o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la posibilidad de negarse a los tratamientos con fines experimentales.
- **Derecho a decir “no”.** Tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar un hospital u otro centro médico, aunque su médico le sugiera no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si se niega al tratamiento o deja de tomar sus medicamentos, usted asume la responsabilidad total de lo que le pueda pasar a su cuerpo.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre qué se debe hacer en caso de que usted no pudiera tomar decisiones médicas por sí mismo

En ocasiones, las personas quedan imposibilitadas para tomar decisiones acerca del cuidado de la salud, debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a expresar qué desea que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede:

- Completar un formulario por escrito donde le otorgue a **una persona la autoridad legal para tomar decisiones médicas en su lugar** si en algún momento queda imposibilitado para tomar decisiones por sus propios medios.
- **Dar instrucciones escritas a sus médicos** acerca de cómo desea que manejen su cuidado médico en caso de quedar imposibilitado para tomar decisiones por sus propios medios.

Los documentos legales que puede utilizar para dar directivas anticipadas en estas situaciones se conocen como **instrucciones anticipadas**. Existen diversos tipos de instrucciones anticipadas y diferentes formas de llamarlas. Los documentos llamados **testamento en vida y poder legal para decisiones acerca del cuidado de la salud** son algunos ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una instrucción anticipada para proveer sus instrucciones, debe hacer lo siguiente:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de instrucciones anticipadas a través de su abogado, de un trabajador social o en algunas tiendas de suministros para oficinas. En ocasiones, puede obtener formularios para instrucciones anticipadas de organizaciones que proveen a las personas información sobre Medicare. También puede comunicarse con Atención al cliente para solicitar los formularios.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que constituye un documento legal. Debería considerar recibir la ayuda de un abogado para completarlo.
- **Proveer copias a las personas adecuadas.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona designada en el formulario, quien podrá tomar decisiones por usted si usted no puede. Si lo desea, puede entregar copias a amigos cercanos y a miembros de su familia. Guarde una copia en su hogar.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Si sabe de antemano que será hospitalizado y ha firmado una instrucción anticipada, **lleve una copia con usted al hospital.**

- En el hospital le preguntarán si firmó un formulario de instrucciones anticipadas y si lo tiene con usted.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que es su elección si desea completar el formulario de instrucciones anticipadas (incluso en el caso de que desee firmarlo mientras se encuentra en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle cuidado o discriminarlo por haber firmado o no un formulario de instrucciones anticipadas.

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y cree que el médico o el hospital no siguieron las instrucciones, usted puede presentar una queja ante la Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO, por sus siglas en inglés) de su estado. La información de contacto se puede encontrar en el “Anexo A” en la parte final de este documento.

Sección 1.6	Usted tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hayamos tomado
--------------------	---

En Humana, se utiliza un proceso denominado Control de la utilización (UM, por sus siglas en inglés) para determinar si un servicio o tratamiento está cubierto y califica para ser pagado bajo su plan de beneficios. Humana no recompensa ni provee incentivos financieros a los médicos, otros individuos o empleados de Humana por negar cobertura o alentar menos uso de los servicios. De hecho, Humana trabaja con sus médicos y otros proveedores para ayudarle a obtener el cuidado más apropiado para su afección médica. Si tiene preguntas o inquietudes relacionadas con el Control de la utilización, el personal está disponible al menos ocho horas del día durante el horario laborable. Humana cuenta con servicios de intérprete de idiomas gratis disponibles para responder las preguntas sobre el Control de la utilización de los afiliados que no hablan inglés. Los afiliados pueden llamar al 1-844-881-4482 (TTY: 711).

Humana continuamente toma decisiones sobre la cobertura de nuevos dispositivos y procedimientos médicos. Esto sucede mediante la consulta de literatura con revisión de pares y el asesoramiento de expertos médicos para ver si la nueva tecnología es eficaz y segura. Humana también se basa en las orientaciones de los Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), que a menudo toman decisiones de cobertura a nivel nacional sobre nuevos dispositivos o procedimientos médicos.

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le informa lo que puede hacer. Lo que sea que haga (solicitar una decisión de cobertura, realizar una apelación o presentar una queja), **tenemos la obligación de tratarlo de manera justa.**

Sección 1.7	¿Qué puede hacer si considera que lo tratan injustamente o que no se respetan sus derechos?
--------------------	--

Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de derechos civiles

Si considera que lo trataron injustamente o que no se respetaron sus derechos a causa de su raza, discapacidad, religión, sexo, estado de salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual u origen nacional, debe

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

llamar a la **Oficina de derechos civiles** del Departamento de salud y servicios humanos al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697) o a su Oficina de derechos civiles local.

¿Se trata de algo más?

Si considera que lo trataron injustamente o que no se respetaron sus derechos, y *no* se trata de discriminación, puede recibir ayuda para enfrentar el problema que tiene:

- Puede **llamar a Atención al cliente**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O puede **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana (TTY 1-877-486-2048.)

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Existen varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Atención al cliente**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede contactar a **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Sus derechos y protecciones en Medicare*. (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana (TTY 1-877-486-2048.)

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como afiliado del plan

A continuación, se describe lo que debe hacer como afiliado del plan. Si tiene alguna pregunta, contacte a Atención al cliente.

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Utilice esta *Evidencia de cobertura* para saber qué servicios tiene cubiertos y conocer las normas que debe cumplir para obtenerlos.
 - En los Capítulos 3 y 4, se proveen detalles sobre sus servicios médicos.
 - En los Capítulos 5 y 6 se proveen detalles sobre su cobertura de los medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro médico o para medicamentos recetados además de nuestro plan, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a los demás proveedores de cuidado de la salud que usted está inscrito en nuestro plan.**

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Muestre su tarjeta de afiliado del plan y su tarjeta de Department of Medical Assistance Services (Medicaid) cada vez que reciba cuidado médico o medicamentos recetados de la Parte D.

- **Ayude a sus médicos y a otros proveedores a que lo ayuden, dándoles información, haciendo preguntas y siguiendo hasta el final con su cuidado.**
 - Para ayudar a obtener el mejor cuidado, informe a sus médicos y a otros proveedores de la salud sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus médicos acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta sin receta, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros afiliados respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que actúe de manera que ayude para el funcionamiento ordenado del consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como afiliado del plan, usted es responsable de los pagos siguientes:
 - Debe pagar las primas de su plan.
 - Debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo afiliado de nuestro plan.
 - Si se le requiere pagar la cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos superiores (según lo reportado en su última declaración de impuestos), usted debe seguir pagando la cantidad adicional directamente al gobierno para continuar siendo afiliado del plan.
- **Si se muda dentro del área de servicio de nuestro plan, necesitamos que nos lo comunique** para poder mantener actualizado su registro de afiliado y saber cómo contactarle.
- **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, usted no puede seguir siendo afiliado de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante que informe al Seguro social (o a la Junta de jubilación ferroviaria).
- Un derecho de hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de afiliados de la organización.

CAPÍTULO 9:

Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo se explican los procesos para manejar los problemas y las inquietudes. El proceso que utiliza para manejar su problema depende del tipo de problema que tenga:

- Para algunos problemas, debe utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe utilizar el **proceso de presentación de quejas**, también llamadas quejas formales.

Cada proceso cuenta con un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos respetar.

La **Sección 3** lo ayudará a identificar el proceso adecuado a utilizar y lo que debería hacer.

Sección 1.2 ¿Qué ocurre con los términos legales?

Existen términos legales para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se detallan en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden resultar difíciles de comprender. Para simplificar, este capítulo:

- Utiliza palabras más sencillas en lugar de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se habla de presentar una queja en lugar de presentar una queja formal, decisión de cobertura en lugar de determinación de la organización integrada o determinación de cobertura o determinación del riesgo, y organización revisora independiente en lugar de Entidad revisora independiente.
- Además, se utiliza la menor cantidad de abreviaturas posible.

Sin embargo, puede ser útil (y en algunos casos, realmente importante) que conozca los términos legales correctos. Conocer qué términos utilizar le ayudará a comunicarse con mayor precisión para obtener la ayuda o la información adecuada para su situación. Para ayudarle a conocer qué términos debe utilizar, incluimos términos legales al proveer detalles sobre cómo manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre nuestro trato hacia usted, estamos obligados a respetar su derecho a quejarse. Por lo tanto, le recomendamos que siempre se comunique con Atención al cliente para obtener ayuda. Pero en determinadas situaciones, también es posible que desee la ayuda o la orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. Las siguientes son dos entidades que pueden ayudarle.

Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP, por sus siglas en inglés)

Cada estado tiene un programa del gobierno con asesores capacitados. El programa no tiene conexión con nosotros ni con ninguna compañía aseguradora o plan de salud. Los asesores del programa pueden ayudarlo a comprender qué proceso debe utilizar para manejar el problema que tiene. También pueden responder sus preguntas, darle más información y ofrecerle orientación sobre qué debe hacer.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Los servicios de los asesores de SHIP son gratis. Los números de teléfono están en el Anexo A al final de este documento.

Medicare

También puede contactar a Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (<https://es.medicare.gov>).

Puede obtener ayuda e información a través de Department of Medical Assistance Services (Medicaid)

La información de contacto de Department of Medical Assistance Services (Medicaid) está en el Anexo A al final de este manual.

SECCIÓN 3 Comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid en nuestro plan

Usted tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid. La información en este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y Medicaid. Esto a veces se denomina proceso integrado porque combina, o integra, procesos de Medicare y Medicaid.

A veces, los procesos de Medicare y Medicaid no se combinan. En esas situaciones, usted utiliza un proceso de Medicare para un beneficio cubierto por Medicare y un proceso de Medicaid para un beneficio cubierto por Medicaid. Estas situaciones se explican en la **Sección 6.4** de este capítulo, Paso a paso: Cómo se hace una apelación de Nivel 2.

PROBLEMAS ACERCA DE SUS BENEFICIOS

SECCIÓN 4 Decisiones de cobertura y apelaciones

Si tiene un problema o una inquietud, solo tiene que leer las partes de este capítulo que corresponden a su situación. La siguiente información le ayudará a encontrar la sección adecuada de este capítulo para problemas o quejas acerca de los **beneficios cubiertos por Medicare o Medicaid**.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**¿Su inquietud o problema es acerca de sus beneficios o cobertura?**

Esto incluye problemas relacionados con que el cuidado médico (artículos y servicios médicos y/o los medicamentos recetados de la Parte B) esté cubierto o no, la forma en la que esté cubierto y los problemas relacionados con el pago del cuidado médico.

Sí.	No.
Consulte la sección siguiente de este capítulo, Sección 5, Guía de lo básico sobre las decisiones de cobertura y apelaciones.	Avance a la Sección 11 al final de este capítulo: Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado médico, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras cuestiones.

SECCIÓN 5 **Guía de lo básico sobre las decisiones de cobertura y apelaciones**

Sección 5.1 Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: panorama general

Las decisiones de cobertura y apelaciones se encargan de los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura para su cuidado médico (servicios, artículos y medicamentos recetados de la Parte B, incluidos los pagos). Para simplificar, generalmente nos referimos a los artículos y servicios médicos, y medicamentos recetados de Medicare de la Parte B como **cuidado médico**. El proceso de decisiones de cobertura y apelaciones se usa para asuntos tales como si algo está cubierto o no, y cómo está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre la cantidad que pagaremos por su cuidado médico. Por ejemplo, si su médico de la red del plan le refiere a un especialista médico que no está dentro de la red, este referido se considera una decisión de cobertura favorable a menos que su médico de la red pueda mostrar que usted recibió una notificación de denegación estándar para este especialista médico, o la Evidencia de cobertura hace claro que el servicio referido nunca está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también pueden llamarnos y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o se niega a proporcionar el cuidado médico que usted cree que necesita. En otras palabras, en caso de que desee saber si cubriremos un cuidado médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas se desestimará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Hacemos una decisión de cobertura para usted cuando decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que el cuidado médico no está cubierto o ya no está cubierto por Medicare para usted. Si usted no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Cómo presentar una apelación**

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que usted reciba un beneficio, y no está de acuerdo, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos la revisión y el cambio de una decisión de cobertura que hemos tomado. Bajo ciertas circunstancias, que analizamos más adelante, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación será evaluada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina una apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si cumplimos correctamente con todas las normas. Cuando completamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se desestimará una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si rechazamos una parte de o toda su apelación de Nivel 1 para cuidado médico, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 realizada por una Entidad revisora independiente que no tiene conexión con nosotros.

- Usted no tiene que hacer nada para comenzar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación para cuidado médico al Nivel 2 si no aceptamos de manera completa su apelación de Nivel 1.
- Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 para cuidado médico.
- Hay más información sobre las apelaciones de la Parte D en la sección 7 de este capítulo.

Si no está de acuerdo con la decisión de la apelación de Nivel 2, posiblemente pueda pasar a los niveles adicionales de apelación (la Sección 10 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 5.2	Cómo recibir ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación
--------------------	--

A continuación, presentamos algunos recursos que puede utilizar si decide solicitar alguna decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos a Atención al cliente.**
- **Puede obtener ayuda gratuita** a través de su Programa estatal de asistencia en seguro de salud.
- **Su médico u otro proveedor de cuidado de la salud puede realizar una solicitud por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación después del Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame a Atención al cliente y solicite el formulario *Nombramiento de un representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf)

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Para cuidado médico, su médico u otro proveedor de cuidado de la salud puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es rechazada en el Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
- Si su médico u otro proveedor de cuidado de la salud solicita que un servicio o artículo que usted ya está recibiendo continúe durante su apelación, **es posible** que deba designar a su médico u otro profesional que receta como su representante para que actúe en su nombre.
- Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro profesional que receta puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 o Nivel 2 en su nombre. Si su apelación de Nivel 1 es denegada, su médico o el profesional que receta pueden solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que otra persona actúe en su nombre.** Si lo desea, puede designar a otra persona que actúe como su **representante** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si desea que un amigo, un familiar o alguna otra persona sea su representante, llame a Atención al cliente y solicite el formulario *Nombramiento de un representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). El formulario le provee a la persona permiso para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desee que actúe en su nombre. Debe darnos una copia del formulario firmado.
 - Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta recibirlo. Si no recibimos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será desestimada. Si esto ocurre, le enviaremos un aviso por escrito que le explica su derecho a solicitar que la organización revisora independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar un abogado.** Puede contactar a su propio abogado u obtener el nombre de un abogado a través de la asociación de abogados u otro servicio de referido local. También existen grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si usted es elegible. Sin embargo, **no está obligado a contratar un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 5.3	¿Qué sección de este capítulo provee la información detallada para su situación?
--------------------	---

Existen cuatro situaciones diferentes relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones. Dado que cada situación tiene sus propias normas y plazos, proveemos los detalles de cada una de ellas en diferentes secciones:

- **Sección 6** de este capítulo: Su cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura
- **Sección 7** de este capítulo: Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 8** de este capítulo: Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si considera que se le está dando de alta antes de tiempo
- **Sección 9** de este capítulo: Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura está finalizando antes de tiempo (*Se aplica solo a los siguientes servicios: servicios de cuidado de la salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada y en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés)*)

Si no está seguro de qué sección debe consultar, llame a Atención al cliente. También puede obtener información o ayuda de organizaciones del gobierno, como el SHIP.

SECCIÓN 6	Su cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura
------------------	---

Sección 6.1	En esta sección se indica qué hacer si tiene problemas para obtener la cobertura de cuidado médico o si desea que le reembolsemos su cuidado médico
--------------------	--

Esta sección trata sobre sus beneficios de cuidado médico. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)*. En algunos casos, se aplican reglas diferentes para una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos de qué manera las reglas para los medicamentos recetados de la Parte B difieren de las reglas para los artículos y servicios médicos. Esta sección le indica qué puede hacer si se encuentra en una de las cinco situaciones siguientes:

1. Usted no recibe determinado cuidado médico que desea, y considera que dicho cuidado médico está cubierto por nuestro plan. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no autoriza el cuidado médico que su médico u otro proveedor de cuidado de la salud desea proveerle y usted considera que dicho cuidado está cubierto por nuestro plan. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Usted recibió cuidado médico que considera que debería estar cubierto por nuestro plan, pero hemos determinado que no pagaremos ese cuidado. **Presentar una apelación. Sección 6.3.**

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

4. Usted recibió y pagó cuidado médico que considera que debería estar cubierto por nuestro plan y desea solicitar a nuestro plan el reembolso de ese cuidado. **Enviarnos la factura. Sección 6.5.**
5. Se le notifica que la cobertura de cierto cuidado médico que ha estado recibiendo y que aprobamos con anterioridad se reducirá o interrumpirá, y usted considera que la reducción o interrupción podría perjudicar su salud. **Presentar una apelación. Sección 6.3.**

Tenga en cuenta: si la cobertura que se dejará de ofrecer es de servicios de cuidado hospitalario, cuidado de la salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada o en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés), debe leer las Secciones 8 y 9 de este capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de cuidado.

Sección 6.2	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura
--------------------	--

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura involucra a su cuidado médico, se conoce como determinación de la organización. A la decisión de cobertura rápida se le conoce como determinación acelerada.

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Por lo general, una decisión de cobertura estándar se toma en un plazo de 14 días calendario o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Por lo general, una decisión de cobertura rápida se toma en un plazo de 72 horas para servicios médicos, o 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para recibir una decisión de cobertura rápida debe cumplir con dos requisitos:

- *Solamente puede solicitar cobertura de artículos y/o servicios médicos (no solicitudes de pagos por artículos y/o servicios que usted ya ha recibido).*
- *Puede obtener una decisión de cobertura rápida solo si el uso de plazos estándar podría ocasionar daños graves en su salud o perjudicar su capacidad física.*
- **Si el médico nos informa que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos proveerle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le proveamos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Indicará que utilizaremos los plazos estándar
 - Explicará que, si su médico solicita una decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proveeremos
 - Indicará que puede presentar una queja rápida acerca de nuestra decisión de proveerle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida solicitada

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 2: Solicite a nuestro plan hacer una decisión de cobertura o decisión de cobertura rápida.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que le autoricemos o proveamos la cobertura del cuidado médico que desea. Puede hacerlo usted, su médico o su representante. El capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura de cuidado médico y le comunicamos nuestra respuesta.***Para las decisiones de cobertura estándar utilizamos los plazos estándar.***

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud **de un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta en **un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que pudiera beneficiarle, **podemos demorarnos hasta 14 días calendario** más si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos extendernos más días, se lo informaremos por escrito. No podemos demorarnos más para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos extendernos más días, puede presentar una queja rápida. Le daremos una respuesta sobre su queja apenas hayamos tomado la decisión. (El proceso para la presentación de una queja es diferente al proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre quejas).

Para las decisiones de cobertura rápida utilizamos los plazos acelerados.

Una decisión de cobertura rápida significa que le responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos en un plazo de 24 horas.

- **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pudiera beneficiarlo, **podemos tomar hasta 14 días calendario más**. Si nos tomamos más días, se lo informaremos por escrito. No podemos demorarnos más para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos extendernos más días, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre quejas). Lo llamaremos apenas hayamos tomado la decisión.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total**, le enviaremos una explicación detallada por escrito de por qué nos negamos.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura de cuidado médico, usted puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa solicitar nuevamente obtener la cobertura de cuidado médico que desea. Si presenta una apelación, esto significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1**Términos legales**

A una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura de cuidado médico se le conoce como **reconsideración** del plan.

A una apelación rápida también se le conoce como **reconsideración acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Por lo general, una apelación estándar se realiza en un plazo de 30 días calendario o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Por lo general, una apelación rápida se realiza en un plazo de 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos acerca de la cobertura de cuidado médico que aún no ha recibido, usted y/o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos informa que su salud requiere una apelación rápida, aceptaremos proveerla.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que los necesarios para obtener una decisión de cobertura rápida de la Sección 7.4 de este capítulo.

Paso 2: Solicite a nuestro plan una apelación o una apelación rápida

- **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.**
- **Si solicita una apelación rápida, puede presentarla por escrito o puede llamarnos. El Capítulo 2 contiene información de contacto.**
- **Debe presentar su solicitud de apelación en los siguientes 65 días calendario** desde la fecha que aparece en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta acerca de la decisión de cobertura. Si deja pasar la fecha límite y tiene un buen motivo que lo justifique, explique el motivo del atraso en su apelación cuando presente su apelación. Es posible que podamos concederle más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de buenos motivos pueden incluir una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta acerca del plazo para la solicitud de la apelación.
- **Puede solicitar una copia gratuita de la información con respecto a su decisión médica. Usted y su médico pueden darnos información adicional que respalde su apelación.**

Si le dijimos que íbamos a suspender o reducir servicios o artículos que ya estaba recibiendo, es posible que pueda conservar esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que usted está recibiendo actualmente, le enviaremos un aviso antes de tomar estas medidas.
- Si no está de acuerdo con esta medida, puede presentar una apelación de Nivel 1. Continuaremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una apelación de Nivel 1 en un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha de franqueo de nuestra carta o antes de la fecha de vigencia prevista de la medida, lo que sea posterior.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si cumple con este plazo, puede seguir recibiendo el servicio o artículo sin cambios mientras su Apelación de Nivel 1 está pendiente. También seguirá recibiendo todos los demás servicios o artículos (que no son objeto de su apelación) sin cambios.

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, repasamos minuciosamente toda la información. Comprobamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Si es necesario, recopilaremos más información, posiblemente contactando a usted o a su médico.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en las siguientes 72 horas después de recibir su apelación**. Le informaremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pudiera beneficiarle, **podemos demorarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos más días, se lo informaremos por escrito. No podemos demorarnos más si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o al finalizar el período extendido si nos tomamos días adicionales), tenemos que enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización revisora independiente. En la Sección 6.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total**, debemos autorizar o proveer la cobertura acordada en las siguientes 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente reenviaremos su apelación a la organización revisora independiente para una apelación de Nivel 2. La organización revisora independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en los siguientes 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que usted aún no ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si su afección médica así lo requiere.
 - No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pudiera beneficiarle, **podemos demorarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos más días, se lo informaremos por escrito. No podemos demorarnos más para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si considera que *no* deberíamos extendernos más días, puede presentar una queja rápida. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Vea la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre quejas).

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si no le damos una respuesta a más tardar en la fecha límite (o al finalizar el período extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2 donde una organización revisora independiente revisará la apelación. En la Sección 6.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total,** debemos autorizar o proveer la cobertura **en un plazo de 30 días calendario, o en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza su apelación, ya sea de forma parcial o total, usted tiene derechos de apelaciones adicionales.**
- Si rechazamos a una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, le enviaremos una carta.
 - Si su problema tiene que ver con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en la carta se le indicará que enviamos su caso a la organización revisora independiente para una apelación de Nivel 2.
 - Si su problema tiene que ver con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, en la carta se le indicará cómo presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se hace una apelación de Nivel 2
--

Término legal
El nombre formal de la organización revisora independiente es la Entidad revisora independiente . A veces también se le conoce como la IRE (por sus siglas en inglés).

La **organización revisora independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No tiene conexión con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debería cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

- Si su problema tiene que ver con un servicio o artículo que generalmente está **cubierto por Medicare**, enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelación tan pronto como haya finalizado la apelación de Nivel 1.
- Si su problema tiene que ver con un servicio o artículo que generalmente está **cubierto por Medicaid**, puede presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo. En la carta se le indicará cómo hacerlo. También encontrará información más abajo.
- Si su problema tiene que ver con un servicio o artículo que podría estar **cubierto tanto por Medicare como por Medicaid**, recibirá automáticamente una apelación de Nivel 2 ante la organización revisora independiente. También puede solicitar una Audiencia Imparcial ante el estado.

Si era elegible para seguir recibiendo los beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios para el servicio, artículo o medicamento bajo apelación también pueden continuar durante el Nivel 2. Vaya a la página 156 para obtener información sobre cómo continuar recibiendo sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema tiene que ver con un servicio que generalmente está cubierto por Medicare únicamente, sus beneficios para ese servicio no continuarán durante el proceso de apelación del Nivel 2 ante la organización revisora independiente.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si su problema tiene que ver con un servicio que generalmente está cubierto por Medicaid, sus beneficios para ese servicio continuarán si presenta una apelación de Nivel 2 en un plazo de 10 días calendario después de recibir la carta de decisión del plan.

Si su problema tiene que ver con un servicio o artículo que generalmente está cubierto por Medicare:

Paso 1: La organización revisora independiente revisa su apelación.

- Le enviaremos la información de su apelación a esta organización. Esta información se conoce como su **archivo del caso. Usted tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de su archivo del caso.**
- Usted tiene derecho a darle a la organización revisora independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización revisora independiente analizarán minuciosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si se le proveyó una apelación rápida en el Nivel 1, también se le proveerá una apelación rápida en el Nivel 2

- Para la apelación rápida, la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización revisora independiente debe recopilar más información que pudiera beneficiarle, el plazo **puede extenderse hasta 14 días calendario más**. La Organización revisora independiente no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si se le proveyó una apelación estándar en el Nivel 1, también se le proveerá una apelación estándar en el Nivel 2

- Para la apelación estándar, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** desde el momento en que reciba su apelación.
- Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** desde el momento en que reciba su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización revisora independiente debe recopilar más información que pudiera beneficiarle, el plazo **puede extenderse hasta 14 días calendario más**. La organización revisora independiente no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La organización revisora independiente le informa su respuesta.

La organización revisora independiente le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- **Si la respuesta de la organización revisora independiente a una solicitud de un artículo o servicio médico es positiva, ya sea de forma parcial o total**, debemos autorizar la cobertura del cuidado médico **en un plazo de 72 horas** o proveerle el servicio en un plazo de **14 días calendario** después de que recibamos la decisión de la organización revisora independiente, en el caso de **solicitudes estándar** o proveerle el

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

servicio **en un plazo de 72 horas** a partir de la fecha en que el plan recibe la decisión de la organización revisora independiente, en el caso de las **solicitudes aceleradas**.

- **Si la respuesta de la organización revisora independiente a una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare es positiva, ya sea de forma parcial o total**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B de Medicare en **un plazo de 72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización revisora independiente, en el caso de las **solicitudes estándar**, o **en un plazo de 24 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización revisora independiente, en el caso de las **solicitudes aceleradas**.
- **Si esta organización rechaza su apelación, ya sea de forma parcial o total**, significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de ella) de cobertura de cuidado médico no debe autorizarse. (Esto se denomina **mantener la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización revisora independiente le enviará una carta que:
 - Explicará su decisión.
 - Le notificará sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del cuidado médico que usted solicita cumple con un determinado mínimo. El aviso escrito que recibe de la organización revisora independiente le informará la cantidad en dólares con la que debe cumplir para continuar con el proceso de apelación.
 - Le dirá cómo presentar una apelación de Nivel 3.
- Si se rechaza su apelación de Nivel 2 y cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y realizar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibe después de la apelación de Nivel 2.
 - La apelación de Nivel 3 es evaluada por un Juez de derecho administrativo o procurador. En la **Sección 10** de este capítulo se explica el proceso de las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Si su problema tiene que ver con un servicio o artículo que generalmente está cubierto por Medicaid:**Paso 1: Puede solicitar una Audiencia Imparcial ante el estado.**

- El Nivel 2 del proceso de apelación para servicios que generalmente están cubiertos por Medicaid es una Audiencia Imparcial ante el estado. Debe solicitar una Audiencia Imparcial por escrito o por teléfono **en un plazo de 120 días calendario** a partir de la fecha en la que enviamos la carta de decisión de su apelación de Nivel 1. La carta que usted recibe de nuestra parte le indicará dónde enviar la solicitud de audiencia.

Paso 2: La oficina de la Audiencia Imparcial le da su respuesta.

La oficina de la Audiencia Imparcial le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- **Si la oficina de la Audiencia Imparcial responde afirmativamente a una parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar o proveer el servicio o artículo en un plazo de 72 horas después de recibir la decisión de la oficina de la Audiencia Imparcial.
- **Si la oficina de la Audiencia Imparcial rechaza su apelación**, ya sea de forma parcial o total, significa que está de acuerdo con nuestro plan de que su solicitud (o parte de ella) de cobertura de cuidado médico no debe autorizarse. (Esto se denomina **mantener la decisión** o **rechazar su apelación**).

Si la decisión es rechazar la totalidad o una parte de lo que solicitó, ¿puedo presentar otra apelación?

Si la decisión de la organización revisora independiente o de la oficina de la Audiencia Imparcial es rechazar la totalidad o una parte de lo que usted solicitó, usted tiene **derechos de apelación adicionales**.

La carta que reciba de la oficina de la Audiencia Imparcial describirá esta próxima opción de apelación.

Consulte la **Sección 10** de este capítulo para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

Sección 6.5	¿Qué sucede si nos solicita que le reembolsemos una factura que usted recibió por cuidado médico?
--------------------	--

No podemos reembolsarle directamente un servicio o artículo de Medicaid. Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos por Medicaid, envíenos la factura. **No debe pagar la factura usted mismo.** Contactaremos al proveedor directamente y nos encargaremos del problema. Pero si usted paga la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor de cuidado de la salud si ha cumplido con las normas para recibir el servicio o artículo.

Cómo solicitar un reembolso por algo que ya pagó:

Si nos envía la documentación solicitando el reembolso, usted está solicitando una decisión de cobertura. No podemos reembolsarle directamente un servicio o artículo de **Medicaid**. Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos por *Medicaid*, envíenos la factura. **No debe pagar la factura usted mismo.** Nos comunicaremos con el proveedor de cuidado de la salud directamente y nos encargaremos del problema. Pero si usted paga la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor de cuidado de la salud si ha cumplido con las normas para recibir servicios o artículos.

Si desea que le reembolsemos un servicio o artículo de **Medicare** o si nos solicita que paguemos a un proveedor de cuidado de la salud por un servicio o artículo de Medicaid que usted pagó, deberá pedirnos que tomemos esta decisión de cobertura. Evaluaremos si el cuidado médico que pagó es por un servicio cubierto. También evaluaremos si usted siguió todas las normas para el uso de su cobertura de cuidado médico.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si el cuidado médico de Medicare está cubierto, le enviaremos el pago de en los siguientes 60 días calendario después de recibir su solicitud.
 - Si el cuidado médico de Medicaid que usted le pagó a un proveedor de cuidado de la salud está cubierto y usted considera que nosotros deberíamos pagarle a dicho proveedor en su lugar, le enviaremos a su proveedor de cuidado de la salud el pago de en los siguientes 60 días calendario después de recibir su solicitud.
 - Luego se deberá comunicar con su proveedor de cuidado de la salud para que le reembolse el dinero. Si usted no pagó los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor de cuidado de la salud.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si el cuidado médico *no* está cubierto o usted *no* cumplió con todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta informándole que no pagaremos el cuidado médico y los motivos de esta decisión.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazarlo, **puede presentar una apelación**. Presentar una apelación significa solicitarnos que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para realizar esta apelación, siga el proceso de apelación descrito en la Sección 6.3. Para las apelaciones relacionadas con reembolsos, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 30 días calendario después de recibir su apelación. Si solicita el reembolso del pago por el cuidado médico que ya recibió y pagó usted mismo, no puede solicitar una apelación rápida.
- Si la organización revisora independiente decide que debemos pagar, debemos enviar usted o al proveedor el pago en los siguientes 30 días calendario. Si se acepta su apelación en cualquier etapa del proceso de apelación posterior al Nivel 2, debemos enviar el pago solicitado a usted o al proveedor de cuidado de la salud en los siguientes 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el pago de un medicamento de la Parte D
--------------------	---

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. Para estar cubierto, el medicamento debe utilizarse para una indicación aceptada por razones médicas. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información acerca de una indicación aceptada por razones médicas). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las normas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección solo trata sobre los medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente utilizamos el término *medicamento* en el resto de la sección, en lugar de repetir *medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios* o *medicamento de la Parte D* cada vez que aparece. También utilizamos el término *Guía de medicamentos* en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o *Formulario*.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si usted cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que usted obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si la farmacia le informa que no se puede surtir su receta tal como está escrita, la farmacia le proporcionará un aviso por escrito que le explicará cómo contactarnos para solicitar una decisión de cobertura.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Apelaciones y decisiones de cobertura de la Parte D**

Término legal
Una decisión de cobertura inicial acerca de sus medicamentos de la Parte D se conoce como determinación de cobertura .

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le indica qué puede hacer si se encuentra en una de las siguientes situaciones:

- Solicitar la cobertura de un medicamento de la Parte D que no está incluido en la *Guía de medicamentos recetados (Formulario)* del plan. **Solicitar una excepción. Sección 7.2**
- Solicitar la exención de una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Solicitar una excepción. Sección 7.2**
- Solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 7.4**
- Pagar un medicamento recetado que usted ya compró. **Solicitar un reembolso. Sección 7.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección se indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?
--

Términos legales
La solicitud de cobertura de un medicamento no incluido en la Guía de medicamentos en ocasiones se conoce como una solicitud de excepción al formulario .
La solicitud de anulación de una restricción de cobertura de un medicamento en ocasiones se conoce como solicitud de excepción al formulario .
La solicitud de pago de un precio menor por un medicamento cubierto no preferido en ocasiones se conoce como una solicitud de excepción de nivel .

Si un medicamento no se cubre de la forma en que usted desearía que fuera cubierto, puede solicitarnos que realicemos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro profesional que receta deberán explicar las razones médicas por las cuales usted necesita la aprobación de la excepción. A continuación, presentamos dos ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro profesional que receta pueden solicitarnos:

1. **Cobertura de un medicamento de la Parte D que no esté en nuestra “Guía de medicamentos”.** Si aceptamos cubrir un medicamento no incluido en la “Guía de medicamentos”, deberá pagar la cantidad de costos compartidos que se aplica a todos nuestros medicamentos. No puede solicitar una excepción a la cantidad de costo compartido que le requerimos que pague por el medicamento.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- 2. Anulación de una restricción para un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos incluidos en nuestra “Guía de medicamentos recetados”. Si aceptamos realizar una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede solicitar una excepción en la cantidad de copago o coseguro que le requerimos que pague por el medicamento.

Sección 7.3	Información importante que debe conocer acerca de la solicitud de excepciones
--------------------	--

Su médico debe informarnos los motivos médicos

Su médico u otro profesional que receta deben darnos una justificación que explique los motivos médicos por los cuales solicita una excepción. Para que la decisión sea más rápida, incluya esta información médica del médico o de otro profesional que receta al solicitar una excepción.

En general, nuestra Guía de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo resultaría tan eficaz como el medicamento que está solicitando y no causa más efectos secundarios u otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos la solicitud de una excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación generalmente tiene validez hasta el final del año del plan. Esto se cumple siempre y cuando el médico continúe recetándole el medicamento y el medicamento continúe resultando seguro y eficaz en el tratamiento de su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión mediante una apelación.

Sección 7.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción
--------------------	--

Término legal

Una decisión de cobertura rápida se conoce como determinación de cobertura acelerada .

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Las **decisiones de cobertura estándar** se comunican en un plazo de **72 horas** después de recibir la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápida** se comunican en un plazo de **24 horas** después de recibir la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, solicítenos una decisión de cobertura rápida. Para recibir una decisión de cobertura rápida debe cumplir con dos requisitos:

- Debe solicitar un *medicamento que aún no ha recibido*. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para el reembolso de un medicamento que ya compró).
- El uso de plazos estándar podría *ocasionar daños graves en su salud o perjudicar su capacidad física*.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si su médico u otro profesional que receta nos informa que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente le proveeremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico u otro profesional que receta, decidiremos si su salud requiere que le proveamos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Indicará que utilizaremos los plazos estándar.
 - Explicará que, si el médico u otro profesional que receta solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proveeremos.
 - Le informará cómo puede presentar una queja rápida acerca de nuestra decisión de proveerle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida solicitada. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas a partir de que la recibamos.

Paso 2: Solicite una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que le autoricemos o proveamos la cobertura del cuidado médico que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada en el *Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los CMS* o en el formulario de nuestro plan, que está disponible en nuestro sitio web. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Para presentar una solicitud de determinación de cobertura en línea, vaya a:

es-www.humana.com/member/member-rights/pharmacy-authorizations. Complete el Formulario de solicitud de determinación de cobertura. Deberá enviarnos documentación de respaldo del médico que receta para demostrar la necesidad médica. Su información se nos enviará de forma segura. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué medicamento se está pidiendo.

Puede hacerlo usted, su médico u otro profesional que receta o su representante. También puede pedir a un abogado que actúe en su nombre. En la Sección 4 de este capítulo se indica cómo puede otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración de respaldo,** que son las razones médicas de la excepción. Su médico u otro profesional que receta pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O bien, su médico u otro profesional que receta pueden informarnos por teléfono y, si fuera necesario, posteriormente enviar por fax o correo la declaración escrita.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.***Plazos para una decisión de cobertura rápida***

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **en las siguientes 24 horas** después de recibir su solicitud.
 - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta en las siguientes 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le informaremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización revisora independiente.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total**, debemos proveer la cobertura acordada en las siguientes 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total**, le enviaremos una justificación por escrito donde se explique por qué nos negamos. También le informaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar acerca de un medicamento que aún no ha recibido

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta en las siguientes 72 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le informaremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización revisora independiente.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total**, debemos **proveer la cobertura** acordada **en las siguientes 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total**, le enviaremos una justificación por escrito donde se explique por qué nos negamos. También le informaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar acerca de un pago por un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **en los siguientes 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización revisora independiente.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total**, también debemos efectuarle el pago en los siguientes 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total**, le enviaremos una justificación por escrito donde se explique por qué nos negamos. También le informaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted puede presentar una apelación.

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, esto significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 7.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1**Términos legales**

Una apelación al plan en relación con la decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D también se conoce como una **redeterminación** del plan.

A una apelación rápida también se le conoce como **redeterminación acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Por lo general, una apelación estándar se realiza en un plazo de 7 días calendario. Por lo general, una apelación rápida se realiza en un plazo de 72 horas. Si su salud así lo requiere, solicite una apelación rápida

- Si está apelando una decisión que tomamos en relación con un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro profesional que receta deberán decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para una decisión de cobertura rápida en la Sección 7.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otro profesional que receta deben contactarnos y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una **apelación rápida**.

- **Para las apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Para las apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al (1-800-451-4651, TTY: 711).** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud presentada en el *Formulario modelo de solicitud de redeterminación de los CMS*, que está disponible en nuestro sitio web **[es-www.humana.com/member/member-rights/pharmacy-authorizations](https://www.humana.com/member/member-rights/pharmacy-authorizations)**. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información relacionada con su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en los siguientes 65 días calendario** desde la fecha que aparece en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta acerca de la decisión de cobertura. Si deja pasar el plazo y tiene un buen motivo que lo justifique, explique el motivo del atraso en su apelación cuando presente su apelación. Es posible que podamos concederle más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de buenos motivos pueden incluir una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta acerca del plazo para la solicitud de la apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información incluida en su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden darnos información adicional que respalde su apelación.

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, repasamos minuciosamente una vez más toda la información sobre su solicitud de cobertura. Comprobamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Es posible que le contactemos a usted, a su médico o a otro profesional que receta para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en las siguientes 72 horas después de recibir su apelación**. Le informaremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no le comunicamos una respuesta en las siguientes 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización revisora independiente. En la Sección 7.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total**, debemos proveer la cobertura acordada en las siguientes 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total**, le enviaremos una justificación por escrito donde se explique por qué nos negamos y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar por un medicamento que aún no ha recibido

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en los siguientes 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su afección médica así lo requiere.
 - Si no le comunicamos una decisión en los siguientes 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización revisora independiente. En la **Sección 7.6** se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total**, debemos proveer la cobertura tan pronto como lo requiera su salud y a más tardar **7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total**, le enviaremos una justificación por escrito donde se explique por qué nos negamos y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar para el pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle nuestra respuesta **en los siguientes 14 días calendario** después de recibir su apelación.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización revisora independiente.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total**, también debemos efectuarle el pago a usted en los siguientes **30 días calendario** después de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total**, le enviaremos una justificación por escrito donde se explique por qué nos negamos. También le informaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, esto significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelación.

Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2**Término legal**

El nombre formal de la organización revisora independiente es la **Entidad revisora independiente**. A veces también se le conoce como la **IRE**.

La **organización revisora independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No tiene conexión con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debería cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otro profesional que receta) debe contactar a la organización revisora independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización revisora independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede realizar esta apelación de Nivel 2, cuáles son los plazos que debe cumplir y cómo contactar a la organización revisora. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable, o si tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación **del riesgo** conforme a nuestro programa de administración de medicamentos, reenviaremos automáticamente su reclamación a la IRE.
- Le enviaremos la información de su apelación a esta organización. Esta información se conoce como su **archivo del caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo del caso**. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por la copia y el envío de esta información.
- Usted tiene derecho a darle a la organización revisora independiente información adicional para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización revisora independiente realiza una revisión de su apelación.

Los revisores de la organización revisora independiente analizarán minuciosamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud así lo requiere, solicite una apelación rápida a la organización revisora independiente.
- Si la organización acepta otorgarle una apelación rápida, la organización debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en las siguientes 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en los siguientes 7 días calendario** después de recibir su apelación si corresponde a un medicamento que usted aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya compró, la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en los siguientes 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

Paso 3: La organización revisora independiente le informa su respuesta.

- **Para las apelaciones rápidas:**
 - **Si la organización revisora independiente acepta su solicitud, en forma parcial o total,** debemos proveerle la cobertura del medicamento aprobada por la organización revisora **en las siguientes 24 horas** después de recibir la decisión de la organización revisora.
- **Para las apelaciones estándar:**
 - **Si la organización revisora independiente acepta su solicitud, en forma parcial o total,** debemos proveerle la cobertura del medicamento aprobada por la organización revisora **en las siguientes 72 horas** después de recibir la decisión de la organización revisora.
 - **Si la organización revisora independiente aprueba, en forma parcial o total, su solicitud de reembolso del pago** de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en los siguientes 30 días calendario** después de recibir la decisión de la organización revisora.

¿Qué sucede si la organización revisora rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza su apelación, ya sea de forma parcial o total, significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (Esto se denomina mantener la decisión o rechazar su apelación). En este caso, la organización revisora independiente le enviará una carta que:

- Explicará su decisión.
- Le notificará sobre su derecho a solicitar una Apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que usted solicita cumple con un determinado mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura del medicamento solicitada es demasiado bajo, no puede realizar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva.
- Le informará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si decide pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es evaluada por un Juez de derecho administrativo o procurador. La **Sección 10** de este capítulo contiene más información sobre el proceso de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si considera que se le está dando de alta antes de tiempo

Cuando se le admite en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que necesite para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, el médico y el personal del hospital trabajarán con usted en la preparación para el día en que le den de alta del hospital. Le ayudarán a organizar el cuidado médico que pudiera necesitar después de salir del hospital.

- El día que sale del hospital se llama su **fecha de alta**.
- Cuando se haya decidido su fecha de alta, el médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si considera que le están dando de alta antes de tiempo, puede solicitar una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 8.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sus derechos

En un plazo de dos días calendario luego de ser admitido en el hospital, se le entregará un aviso por escrito llamado *Mensaje importante de Medicare acerca de sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien del hospital (por ejemplo, un trabajador social o un enfermero), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Atención al cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

1. Lea este aviso atentamente y haga preguntas si no lo entiende. Le informa:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo indique el médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son los servicios, quién los pagará y dónde puede recibirlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
- Dónde informar sus inquietudes sobre la calidad de su cuidado hospitalario.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si considera que le están dando de alta del hospital antes de tiempo. Esta es una manera formal y legal de solicitar una demora en la fecha de alta de modo que cubramos su cuidado hospitalario durante más tiempo.

2. Se le pedirá que firme el aviso escrito para demostrar que lo recibió y que entiende cuáles son sus derechos.

- Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso.
- La firma del aviso *solo* demuestra que recibió la información sobre sus derechos. El aviso no indica la fecha de alta. La firma del aviso **no implica** que acepta una fecha de alta.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- 3. Conserve su copia** del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud acerca de la calidad del cuidado médico) en caso de necesitarla.
- Si firma el aviso más de dos días calendario antes de la fecha del alta del hospital, se le entregará otra copia antes de que se programe el alta.
 - Para ver una copia de este aviso por anticipado, puede llamar a Atención al cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sección 8.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si desea solicitarnos que los servicios hospitalarios como paciente internado sean cubiertos durante un período más prolongado, deberá utilizar el proceso de apelación para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, entienda qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en algún momento, llame a Atención al cliente. O bien, llame al Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico, una organización del gobierno que provee asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el mejoramiento de la calidad revisa su apelación. Esta verifica si la fecha de alta planificada es adecuada para usted por razones médicas.

La **Organización para el mejoramiento de la calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud a los que el gobierno federal les paga por verificar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado médico de las personas con Medicare. Esto incluye la revisión de las fechas de alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Contacte con la Organización para el mejoramiento de la calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede contactar a esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*Mensaje importante de Medicare acerca de sus derechos*) le informa cómo contactar a esta organización. O busque el nombre, dirección y número de teléfono de la Organización para el mejoramiento de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- Para presentar su apelación, debe contactar a la Organización para el mejoramiento de la calidad **antes de salir del hospital y a más tardar a la medianoche de la fecha de su alta.**
 - **Si cumple con este plazo,** podrá quedarse en el hospital *después* de la fecha de alta *sin tener que pagar*, mientras espera la decisión de parte de la Organización para el mejoramiento de la calidad.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si no cumple con este plazo**, comuníquese con nosotros. Si decide quedarse en el hospital después de la fecha de alta planificada, *es posible que deba pagar todos los costos* del cuidado hospitalario recibido después de la fecha de alta planificada.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para el mejoramiento de la calidad se comunicará con nosotros. A más tardar al mediodía del día posterior a nuestra comunicación, le enviaremos un **Aviso detallado de alta**. Este aviso le indica la fecha de alta planificada y explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (apropiado desde el punto de vista médico) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Puede obtener un ejemplo del **Aviso detallado de alta** llamando a Atención al cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O bien puede ver un ejemplo del aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 2: La Organización para el mejoramiento de la calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para el mejoramiento de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué considera que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hayamos provisto.
- A más tardar al mediodía del día después de que los revisores nos informan sobre su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito de nosotros donde se le proveerá su fecha de alta planificada. Este aviso también explica en detalle los motivos por los cuales su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (apropiado desde el punto de vista médico) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Paso 3: En el plazo de un día completo después de obtener toda la información necesaria, la Organización para el mejoramiento de la calidad le comunicará la respuesta a su apelación.**¿Qué sucede si la respuesta es positiva?**

- Si la organización revisora *acepta*, **debemos continuar proveyéndole los servicios hospitalarios cubiertos como paciente internado durante el tiempo que sean necesarios por razones médicas.**
- Usted deberá continuar pagando la parte de los costos que le corresponde (como deducibles o copagos, si se aplican). Además, es posible que existan limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización revisora *rechaza* su apelación, significa que la fecha de alta planificada es adecuada por razones médicas. Si esto ocurre, **nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios como paciente internado finalizará** al mediodía del día *posterior* a que la Organización para el mejoramiento de la calidad responda a su apelación.
- Si la organización revisora *rechaza* su apelación y usted decide quedarse en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** del cuidado hospitalario que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para el mejoramiento de la calidad le informa su respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea realizar otra apelación.

- Si la Organización para el mejoramiento de la calidad *rechazó* su apelación, y usted se queda en el hospital después de la fecha de alta planificada, puede realizar otra apelación. Realizar otra apelación significa que pasa al Nivel 2 del proceso de apelación.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el mejoramiento de la calidad que revise nuevamente la decisión tomada en su primera apelación. Si la Organización para el mejoramiento de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo completo de su estadía después de la fecha de alta planificada.

Paso 1: Contacte a la Organización para el mejoramiento de la calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en los siguientes 60 días calendario** después del día en que la Organización para el mejoramiento de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si se queda en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura del cuidado médico.

Paso 2: La Organización para el mejoramiento de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el mejoramiento de la calidad volverán a analizar minuciosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En los 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión con relación a su apelación y se la informarán.***Si la organización revisora provee una respuesta positiva:***

- **Debemos reembolsarle** la parte de los costos que nos corresponde por el cuidado hospitalario que recibió a partir del mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para el mejoramiento de la calidad rechazó la primera apelación. **Debemos seguir proveyéndole cobertura de cuidado de hospitalización mientras sea necesario por razones médicas.**
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización revisora provee una respuesta negativa:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron sobre su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea continuar con su apelación y pasar al Nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si desea pasar a la Apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibirá después de la decisión de su apelación de Nivel 2.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- La apelación de Nivel 3 es evaluada por un Juez de derecho administrativo o procurador. En la Sección 10 de este capítulo se provee más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura está finalizando antes de tiempo

Sección 9.1 Esta sección trata únicamente sobre tres servicios:
Servicios de Cuidado de la salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada y en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés)

Cuando recibe **servicios de cuidado de la salud en el hogar, cuidado de enfermería especializada o cuidado de rehabilitación (en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [CORF, por sus siglas en inglés])** cubiertos, usted tiene derecho a continuar recibiendo sus servicios para ese tipo de cuidado médico durante el tiempo que dicho cuidado sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es momento de interrumpir su cobertura de cualquiera de los tres tipos de cuidado médico, debemos informárselo con anticipación. Cuando termine su cobertura para ese cuidado médico, *interrumpiremos el pago por su cuidado médico*.

Si cree que damos por finalizada la cobertura de su cuidado médico demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le informa cómo solicitar una apelación.

Sección 9.2 Le informaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura

Término legal

Aviso de no cobertura de Medicare. Le informa cómo puede solicitar una **apelación por vía rápida**. La solicitud de una apelación por vía rápida constituye una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura en cuanto al momento de interrumpir su cuidado médico.

- 1. Usted recibe un aviso por escrito** al menos dos días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su cuidado. El aviso le informa:
 - La fecha en la que interrumpiremos la cobertura de su cuidado médico.
 - Cómo solicitar una apelación por vía rápida para solicitarnos que continuemos cubriendo su cuidado durante un período más prolongado.
- 2. Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso escrito para que quede constancia de que lo ha recibido.** La firma del aviso solo demuestra que recibió la información sobre el momento en que se interrumpirá su cobertura. **Firmarlo no implica que está de acuerdo** con la decisión del plan de interrumpir el cuidado médico.

Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su cuidado médico durante un período más prolongado

Si desea solicitarnos que cubramos su cuidado médico durante un período más prolongado, deberá utilizar el proceso de apelación para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, entienda qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en algún momento, llame a Atención al cliente. O bien, llame al Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico, una organización del gobierno que provee asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el mejoramiento de la calidad revisa su apelación.

Decide si la fecha de finalización de su cuidado es adecuada por razones médicas.

La Organización para el mejoramiento de la calidad es un grupo de médicos y otros expertos del cuidado de la salud a los que el gobierno federal les paga por verificar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado médico proporcionado a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan en cuanto al momento en que se interrumpirá la cobertura de ciertos tipos de cuidado médico. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: contacte con la Organización para el mejoramiento de la calidad y solicite una apelación por vía rápida. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede contactar a esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le informa cómo contactar a esta organización. (O busque el nombre, dirección y número de teléfono de la Organización para el mejoramiento de la calidad de su estado en el Capítulo 2).

Actúe con rapidez:

- Debe contactar a la Organización para el mejoramiento de la calidad para comenzar su apelación **a más tardar al mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia** indicada en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si deja pasar la fecha límite para contactar a la Organización para el mejoramiento de la calidad, aún podría tener derechos de apelación. Contacte a la Organización para el mejoramiento de la calidad.

Paso 2: La Organización para el mejoramiento de la calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Término legal**

Explicación detallada de no cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre los motivos para finalizar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el mejoramiento de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué considera que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización revisora también analizará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le haya provisto.
- A más tardar al final del día en que los revisores nos informaron acerca de su apelación, usted recibirá una **Explicación detallada de no cobertura** por parte de nosotros en la que le explicaremos los detalles de nuestros motivos para la terminación de la cobertura de sus servicios.

Paso 3: En el plazo de un día completo después de obtener toda la información que necesitan, los revisores le informarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **debemos continuar proveyéndole los servicios cubiertos durante el tiempo que sea necesario por razones médicas.**
- Usted deberá continuar pagando la parte de los costos que le corresponde (como deducibles o copagos, si se aplican). Es posible que existan limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, **su cobertura terminará en la fecha que le indicamos.**
- Si decide continuar recibiendo servicios de cuidado de la salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada o en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) después de la fecha de finalización de su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** por ese cuidado médico.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea realizar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted decide continuar recibiendo cuidado médico después de la interrupción de la cobertura del cuidado médico, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 9.4**Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su cuidado médico durante un período más prolongado**

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el mejoramiento de la calidad que revise nuevamente la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para el mejoramiento de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted tenga que pagar el costo total de los servicios de cuidado de la salud

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada o en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Contacte a la Organización para el mejoramiento de la calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en los siguientes 60 días calendario** después del día en que la Organización para el mejoramiento de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Podría solicitar esta revisión solo si siguió recibiendo cuidado médico después de la fecha en que finalizó su cobertura de cuidado médico.

Paso 2: La Organización para el mejoramiento de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el mejoramiento de la calidad volverán a analizar minuciosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En los 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión con relación a su apelación y se la informarán.***¿Qué sucede si la organización revisora acepta su apelación?***

- **Debemos reembolsarle** la parte de los costos que nos corresponde por el cuidado médico que haya recibido desde la fecha en que informamos que finalizaría la cobertura. **Debemos seguir proveyéndole cobertura** del cuidado médico mientras sea necesario por razones médicas.
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización revisora rechaza su apelación?

- Significa que está de acuerdo con la decisión que tomamos sobre la apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Este le proveerá detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, del cual se encarga un Juez de derecho administrativo o procurador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a la Apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibirá después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es evaluada por un Juez de derecho administrativo o procurador. La **Sección 10** de este capítulo contiene más información sobre el proceso de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

SECCIÓN 10 Cómo presentar la apelación en el Nivel 3 y en los niveles superiores

Sección 10.1 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos
--

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y 2, y ambas han sido rechazadas.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, posiblemente pueda pasar a los niveles de apelación adicionales. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, usted no podrá seguir apelando. En la respuesta escrita que reciba para su apelación de Nivel 2 se explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan de manera muy similar. A continuación, se detalla quién está a cargo de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	Un Juez de derecho administrativo o procurador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.
-----------------------------	---

- **Si el Juez de derecho administrativo o procurador acepta su apelación, el proceso de apelación puede o no finalizar:** a diferencia de una decisión sobre una apelación de Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión sobre una apelación de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proveerle el cuidado médico en los siguientes 60 días calendario después de recibir la decisión del Juez de derecho administrativo o procurador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos que correspondan. Podemos aguardar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proveer el cuidado médico en cuestión.
- **Si el Juez de derecho administrativo o procurador rechaza su apelación, el proceso de apelación puede o no finalizar.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá finalizado.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que recibirá le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4	El Consejo de apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.
-----------------------------	--

- **Si la respuesta es positiva, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de apelación de Nivel 3, el proceso de apelación puede o no finalizar.** A diferencia de una decisión sobre una apelación de Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión sobre una apelación de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proveerle el cuidado médico en los siguientes 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, le informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelación puede o no finalizar.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá finalizado.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si no desea aceptar la decisión, posiblemente pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo de apelaciones rechaza su apelación, el aviso que recibirá le indicará si las normas le permiten pasar a una Apelación de Nivel 5 y cómo hacerlo.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal del distrito federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *acepta o rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal del Distrito Federal.

Sección 10.2 Apelaciones adicionales de Medicaid

También tiene otros derechos de apelación si su apelación es con respecto a servicios o artículos que generalmente están cubiertos por Medicaid. La carta que reciba de la oficina de la Audiencia Imparcial le informará lo que debe hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

- Para obtener información sobre los derechos de la Audiencia Imparcial del Estado del Department of Medical Assistance Services (Medicaid), visite <https://www.dmas.virginia.gov/appeals/applicant-member-appeals-resources/>.

Sección 10.3 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y 2, y ambas han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento que ha apelado cumple con una cierta cantidad de dólares, posiblemente pueda pasar a los niveles de apelación adicionales. Si la cantidad en dólares es inferior, usted no podrá seguir apelando. La respuesta escrita que recibirá por su apelación de Nivel 2 le explicará a quién contactar y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan de manera muy similar. A continuación, se detalla quién está a cargo de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un Juez de derecho administrativo o procurador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es positiva, el proceso de apelación habrá finalizado.** Debemos **autorizar o proveerle la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el Juez de derecho administrativo o procurador **en las siguientes 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago dentro de los 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación puede o no finalizar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá finalizado.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que recibirá le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El **Consejo de apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es positiva, el proceso de apelación habrá finalizado.** Debemos **autorizar o proveerle la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el Consejo **en las siguientes 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación puede o no finalizar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá finalizado.
 - Si no desea aceptar la decisión, posiblemente pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o niega su solicitud de revisar la apelación, el aviso que recibirá le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También le informará con quién debe contactar y qué hacer si decide continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal del distrito federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *acepta o rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal del Distrito Federal.

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado médico, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras cuestiones

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se atienden en el proceso de quejas?

El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Estos incluyen problemas relacionados con la calidad del cuidado médico, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, se detallan algunos ejemplos de los tipos de problemas que se atienden en el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad del cuidado médico	• ¿No está conforme con la calidad del cuidado médico que ha recibido (incluido el cuidado hospitalario)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otras conductas negativas	• ¿Alguna persona fue descortés o le faltó al respeto? • ¿No está conforme con nuestra Atención al cliente? • ¿Siente que lo incentivan a abandonar el plan?

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Queja	Ejemplo
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para obtener una cita, o debe esperar demasiado para obtenerla? • ¿Ha tenido que esperar a médicos, farmacéuticos u otros profesionales del cuidado de la salud por demasiado tiempo? ¿O a nuestra Atención al cliente o a otro personal del plan? – Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo al teléfono, en la sala de espera, en la sala de exámenes o para obtener una receta.
Limpieza	• ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que recibe de nuestra parte	• ¿No le proporcionamos un aviso requerido? • ¿Es difícil entender nuestra información escrita?
Puntualidad (Todos estos tipos de quejas están relacionados con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones con respecto a las decisiones de cobertura y apelaciones)	Si ya nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y considera que no respondemos lo suficientemente rápido, puede presentar una queja debido a la lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Usted nos solicitó una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida y la rechazamos; puede presentar una queja. • Usted considera que no cumplimos con los plazos para una decisión de cobertura o una apelación; puede presentar una queja. • Usted considera que no cumplimos con los plazos para cubrirle o reembolsarle determinados artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Usted considera que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización revisora independiente; puede presentar una queja.

Sección 11.2 Cómo presentar una queja

Términos legales
• Una queja también se llama queja formal. • Presentar una queja también se llama presentar una queja formal. • Utilizar el proceso de quejas también se llama utilizar el proceso de presentación de una queja formal. • Una queja rápida también se llama queja formal acelerada.

Sección 11.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja**Paso 1: Contáctenos de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.**

- **Por lo general, el primer paso es llamar a Atención al cliente.** Si debe hacer algo más, Atención al cliente le informará.
- **Si no desea llamar por teléfono (o llamó y no quedó satisfecho), puede enviarnos su queja por escrito.** Si realiza su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Instrucciones para presentar quejas formales**

Llame a Atención al cliente al 1-844-881-4482, TTY 711 para presentar una queja formal verbal.

Envíe una queja formal por escrito a:
Humana Grievances and Appeals Dept.
P.O. Box 14163
Lexington, KY 40512

Cuando presente una queja formal, provea la siguiente información:

- ☐ Nombre
- ☐ Dirección
- ☐ Número de teléfono
- ☐ Número de identificación de afiliado
- ☐ Un resumen de la queja y cualquier contacto previo con nosotros en relación con la queja
- ☐ La acción que nos está solicitando
- ☐ Su firma o la firma de su representante autorizado y la fecha. Si desea que un amigo, familiar, su médico, otro proveedor o alguna otra persona sea su representante, llame a Atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) y pida el formulario *Nombramiento de un representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). El formulario le provee a la persona permiso para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desee que actúe en su nombre. Debe darnos una copia del formulario firmado.

- **Opción para una revisión rápida de su queja formal**

Puede solicitar una revisión rápida, y responderemos en el plazo de 24 horas después de recibirla, si su queja formal refiere a una de las siguientes circunstancias:

- Hemos extendido el plazo para tomar una determinación/reconsideraciones de la organización, y usted cree que necesita una decisión más rápida.
- Negamos su solicitud para una revisión rápida de una decisión de la organización o de cobertura de 72 horas.
- Negamos su solicitud para una revisión rápida de una apelación de 72 horas.

Lo mejor es llamar a Atención al cliente si desea solicitar una revisión rápida de su queja formal. Si envía su solicitud por correo, le llamaremos para informarle que la recibimos.

- **Ya sea que llame o escriba, debe contactar a Atención al cliente de inmediato.** Puede presentar la queja en cualquier momento después de haber tenido el problema del cual desea quejarse.

Paso 2: Revisamos su queja y le damos una respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de forma inmediata.** Si nos llama para presentar una queja, es posible que le demos una respuesta en la misma llamada telefónica.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora lo beneficiará o si usted solicita más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos extendernos más días, le informaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le proveeremos una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta en las siguientes 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con su queja de forma parcial o total, o no asumimos responsabilidad por el problema por el cual presenta la queja, incluiremos las razones en nuestra respuesta.

Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad del cuidado médico a la Organización para el mejoramiento de la calidad

Cuando su queja es por la *calidad del cuidado médico*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede realizar la queja directamente ante la Organización para el mejoramiento de la calidad.** La Organización para el mejoramiento de la calidad es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en el cuidado de la salud a los que el gobierno federal les paga por verificar y mejorar el cuidado médico proporcionado a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O bien

- **Puede presentar su queja tanto ante la Organización para el mejoramiento de la calidad como ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 11.5 También puede informar a Medicare y Medicaid de su queja

Puede presentar una queja acerca de Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

También puede presentar una queja acerca de Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP) directamente a su agencia estatal de Medicaid. Para presentar una queja, la información de contacto de Department of Medical Assistance Services (Medicaid) se puede encontrar en el Anexo A, en la parte final de este documento.

CAPÍTULO 10:

Cómo finalizar su afiliación al plan

SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su afiliación a nuestro plan

La terminación de su afiliación a Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP) puede ser **voluntaria** (por decisión propia) o **involuntaria** (no por decisión propia):

- Puede abandonar nuestro plan porque decidió que *desea* hacerlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre cómo finalizar su afiliación voluntariamente.
- También existen situaciones limitadas en las cuales nos vemos obligados a terminar su afiliación. La Sección 5 describe las situaciones en que debemos terminar su afiliación.

Si abandona nuestro plan, nuestro plan debe continuar proveyéndole cuidado médico y medicamentos recetados y usted seguirá pagando su costo compartido hasta que termine su afiliación.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su afiliación a nuestro plan?

Sección 2.1	Es posible que pueda finalizar su afiliación porque tiene Medicare y Medicaid
--------------------	--

- La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su afiliación únicamente durante determinadas épocas del año. Como usted tiene Medicaid, puede finalizar su afiliación a nuestro plan en cualquier mes del año. También tiene la opción de inscribirse en otro plan de Medicare durante cualquier mes, incluidos los siguientes:
 - Medicare original *con* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.
 - Medicare original *sin* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare (si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya rechazado la inscripción automática), o
 - Si es elegible, un plan de necesidades especiales de Medicare (D-SNP, por sus siglas en inglés) integrado que le proporciona Medicare y la mayoría de o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Tenga en cuenta: si se desafilia de la cobertura para medicamentos recetados de Medicare y permanece sin cobertura válida para medicamentos recetados durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por afiliación tardía de la Parte D si posteriormente se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Comuníquese con Department of Medical Assistance Services (Medicaid) para obtener información sobre sus opciones de planes de Medicaid (los números de teléfono están en el Capítulo 2, Sección 6 de este documento).

- Otras opciones de planes de salud de Medicare están disponibles durante el **Período anual de inscripción**. En la Sección 2.2 se ofrece más información sobre el Período anual de inscripción.
- **¿Cuándo terminará su afiliación?** Por lo general, su afiliación terminará el primer día del mes siguiente al que hayamos recibido su solicitud de cambio de planes. Su inscripción en el nuevo plan también comenzará este día.

Capítulo 10 Cómo finalizar su afiliación al plan**Sección 2.2 Puede finalizar su afiliación durante el Período anual de inscripción**

Puede finalizar su afiliación durante el **Período anual de inscripción** (también conocido como Período de inscripción abierta anual). Durante este período, revise su cobertura de salud y de medicamentos, y decida sobre la cobertura para el año siguiente.

- **El Período anual de inscripción** se extiende desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**.
- **Opte por quedarse con su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el año siguiente.** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos recetados.
 - Medicare original con un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

O

- Medicare original *sin* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.
- **Su afiliación en nuestro plan finalizará cuando comience la cobertura del nuevo plan el 1 de enero.**

Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: si cambia a Medicare original y no se inscribe en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya rechazado la inscripción automática.

Tenga en cuenta: si se desafilia de la cobertura para medicamentos recetados de Medicare y permanece sin cobertura válida para medicamentos recetados durante un período de 63 días seguidos o más, es posible que tenga que pagar una multa por afiliación tardía de la Parte D si posteriormente se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Sección 2.3 Puede finalizar su afiliación durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de realizar *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que se inscriban en un plan MA, desde el mes que entra en vigencia el derecho al uso de la Parte A y la Parte B, hasta el último día del tercer mes de derecho.
- **Durante el período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage** usted puede:
 - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura para medicamentos recetados.
 - Desafilarse de nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare original. Si elige cambiar a Medicare original durante este período, también puede inscribirse en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare para añadir la cobertura en ese momento.

Capítulo 10 Cómo finalizar su afiliación al plan

- **Su afiliación terminará** el primer día del mes posterior a su inscripción en un plan Medicare Advantage diferente o a la fecha en que recibamos su solicitud de cambio a Medicare original. Si además elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su afiliación al plan de medicamentos comenzará el primer día del mes siguiente a la fecha en que el plan de medicamentos haya recibido su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En determinadas situaciones, puede finalizar su afiliación durante un Período especial de inscripción

En determinadas situaciones, puede ser elegible para finalizar su afiliación en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período especial de inscripción**.

Es posible que sea elegible para finalizar su afiliación durante un Período especial de inscripción si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso. Estos son solo algunos ejemplos; para consultar la lista completa, contacte al plan, llame a Medicare o visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- Generalmente, cuando se muda.
- Si tiene Department of Medical Assistance Services (Medicaid).
- Si es elegible para recibir “Ayuda adicional” para el pago de los medicamentos recetados de Medicare.
- Si violamos nuestro contrato con usted.
- Si recibe cuidado médico en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés).
- Si se inscribe en el Programa de cuidado total de salud para ancianos (PACE, por sus siglas en inglés).

Tenga en cuenta: si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. En el Capítulo 5, Sección 10, se ofrece más información sobre los programas de administración de medicamentos.

Tenga en cuenta: En la Sección 2.1, se ofrece más información sobre el período especial de inscripción para personas con Medicaid.

Los períodos de tiempo de inscripción varían según su situación.

Para determinar si es elegible para un Período especial de inscripción, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para finalizar su afiliación por una situación especial, puede elegir cambiar tanto la cobertura de salud de Medicare como la cobertura para medicamentos recetados. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos recetados,
- Medicare original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado,
- – o – Medicare original *sin* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.

Tenga en cuenta: si se desafilia de la cobertura para medicamentos recetados de Medicare y permanece sin cobertura válida para medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que

Capítulo 10 Cómo finalizar su afiliación al plan

pagar una multa por afiliación tardía de la Parte D si posteriormente se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: si cambia a Medicare original y no se inscribe en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya rechazado la inscripción automática.

Por lo general, su afiliación terminará el primer día del mes siguiente al que se haya recibido su solicitud de cambio de plan.

Tenga en cuenta: en las Secciones 2.1 y 2.2 se ofrece más información sobre el período especial de inscripción para las personas con Medicaid y “Ayuda adicional”.

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre el momento en que puede finalizar su afiliación?

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su afiliación, usted puede:

- **Llamar a Atención al cliente.**
- Encontrar la información en el manual **Medicare y usted 2025.**
- Llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar su afiliación a nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe finalizar su afiliación a nuestro plan.

Capítulo 10 Cómo finalizar su afiliación al plan

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Debe hacer lo siguiente:
Otro plan de salud de Medicare.	- Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. - Automáticamente se le desafililará de Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP) cuando comience la cobertura del nuevo plan.
Medicare original <i>con</i> un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.	- Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. - Automáticamente se le desafililará de Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP) cuando comience la cobertura del nuevo plan.
- Medicare original <i>sin</i> un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare. - Si cambia a Medicare original y no se inscribe en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya rechazado la inscripción automática. - Si se desafilia de la cobertura para medicamentos recetados de Medicare y permanece sin cobertura válida para medicamentos recetados durante un período de 63 días seguidos o más, es posible que tenga que pagar una multa por afiliación tardía si posteriormente se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.	Envíenos una solicitud de desafilación por escrito. Póngase en contacto con Atención al cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo. - También puede ponerse en contacto con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana y solicitar la desafilación. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. - Se le desafililará de Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP) cuando comience la cobertura en Medicare original.

Tenga en cuenta: Si se desafilia de la cobertura para medicamentos recetados de Medicare y permanece sin cobertura válida para medicamentos recetados durante 63 días seguidos o más, es posible que tenga que pagar una multa por afiliación tardía de la Parte D si posteriormente se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Department of Medical Assistance Services (Medicaid), comuníquese con Department of Medical Assistance Services (Medicaid). La información de contacto de Department of Medical Assistance Services (Medicaid) se puede encontrar en el “Anexo A”, en la parte final de este documento. Pregunte de qué forma inscribirse en otro plan o volver a Medicare original influye en cómo recibe su cobertura de Department of Medical Assistance Services (Medicaid).

SECCIÓN 4 Hasta que termine su afiliación, debe continuar recibiendo los artículos y servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su afiliación a Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP), y comience su nueva cobertura de Medicare y Medicaid, debe continuar recibiendo los servicios y artículos médicos y los medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Siga utilizando los proveedores de nuestra red para recibir cuidado médico.**
- **Siga utilizando nuestra red de farmacias o pedidos por correo para surtir sus medicamentos recetados.**
- **Si está hospitalizado el día en que termina su afiliación, nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que le den de alta** (incluso si el alta es posterior al inicio de su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP) debe terminar su afiliación al plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos terminar su afiliación al plan?

Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP) debe terminar su afiliación al plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Si usted ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare
- Si usted ya no es elegible para Medicaid. Tal como se indicó en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan es para las personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Si usted ya no es elegible para el plan, su afiliación terminará después de un período de gracia de seis meses. Usted recibirá una carta para explicarle que debemos desafiliarle de nuestro plan si no vuelve a ser elegible para recibir asistencia de Department of Medical Assistance Services (Medicaid) dentro del período de gracia.
- Si usted no paga su exceso de gastos (“spenddown” en inglés) médicos, si aplica
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio
- Si usted está fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses
 - Si se muda o realiza un viaje por largo tiempo, llame a Atención al cliente para saber si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan.
 - Como su plan D-SNP de Medicare de Humana tiene un beneficio para visitantes/viajes, usted puede ser elegible para estar fuera del área de servicio por hasta 12 meses.
- Si es encarcelado (va a prisión)
- Si usted ya no es ciudadano estadounidense o ya no se encuentra en los Estados Unidos de manera legal

Capítulo 10 Cómo finalizar su afiliación al plan

- Si proporciona información falsa u omite información sobre otro seguro que tenga, que le provee cobertura para medicamentos recetados
- Si nos da información incorrecta de forma intencional al inscribirse en nuestro plan y dicha información afecta su elegibilidad para ingresar en nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo, a menos que obtengamos primero un permiso de Medicare).
- Si usted constantemente demuestra mal comportamiento y nos dificulta proveer cuidado médico a usted o a otros afiliados de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo, a menos que obtengamos primero un permiso de Medicare).
- Si usted permite a otra persona utilizar su tarjeta de afiliado para obtener cuidado médico. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo, a menos que obtengamos primero un permiso de Medicare).
 - Si terminamos su afiliación por este motivo, Medicare puede disponer que el Inspector General investigue su caso.
- Si se le solicita que pague la cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no la paga, Medicare le desafiliará de nuestro plan.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos terminar su afiliación, llame a Atención al cliente.

Sección 5.2	No podemos solicitarle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud
--------------------	--

Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP) no puede solicitarle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer en ese caso?

Si considera que le solicitan que abandone el plan por un motivo relacionado con su salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los siete días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si terminamos su afiliación a nuestro plan
--------------------	---

Si terminamos su afiliación a nuestro plan, debemos informarle por escrito los motivos que tenemos para hacerlo. Además, debemos explicarle cómo puede presentar una queja o queja formal sobre nuestra decisión de terminar su afiliación.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

Capítulo 11 Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente

La ley principal que se aplica a esta *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y los reglamentos creados en el marco de la Ley de Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). Además, se pueden aplicar otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, también pueden aplicarse leyes del estado donde usted vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, aunque las leyes no se incluyan ni se expliquen en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

No discriminamos a las personas por su raza, origen étnico, origen nacional, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proveen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las otras leyes correspondientes a organizaciones que reciben subsidios federales, y demás leyes y reglamentos que se apliquen por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene dudas acerca de la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para tener acceso al cuidado médico, llámenos a Atención al cliente. Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Atención al cliente puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no sea el pagador primario. Según los reglamentos de CMS en las secciones 422.108 y 423.462 de 42 CFR, Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP), como Organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría bajo los reglamentos de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 de 42 CFR y las reglas establecidas en esta sección sustituyen a las leyes estatales.

SECCIÓN 4 Aviso adicional sobre la subrogación (recuperación de terceros)

Nuestro derecho a recuperar pagos

Si pagamos una reclamación en su nombre, tenemos derechos de subrogación. Esta es una disposición de seguros muy común que significa que nosotros tenemos el derecho a recuperar la cantidad que pagamos por su reclamación de cualquier tercero que sea responsable de los gastos o beneficios médicos relacionados con su enfermedad, lesión o afección. Usted nos asigna su derecho a emprender acciones legales contra terceros responsables, y usted acepta:

Capítulo 11 Avisos legales

1. Proveer cualquier información pertinente que le solicitemos; y
2. Participar en cualquier fase de la acción legal, como la exhibición de documentos, las declaraciones juradas y el testimonio en juicio, de ser necesario.

Si usted no coopera con nosotros o con nuestros representantes, o si hace cualquier cosa que interfiera con nuestros derechos, podemos emprender acciones legales contra usted. Usted también acepta no asignar a un tercero su derecho a emprender acción legal sin nuestro consentimiento por escrito.

Nuestro derecho a reembolso

También tenemos el derecho a recibir un reembolso si un tercero responsable le paga directamente a usted. Si usted recibe cualquier cantidad como fallo, acuerdo u otro pago de cualquier tercero, deberá reembolsarnos de inmediato, hasta por la cantidad que pagamos por su reclamación.

Nuestros derechos tienen prioridad

Nuestros derechos de reembolso y recuperación tienen prioridad sobre otras reclamaciones y no se verán afectados por ninguna doctrina equitativa. Esto significa que tenemos derecho a recuperar la cantidad que pagamos, incluso si usted no ha recibido compensación del tercero responsable de todos los costos relacionados con su enfermedad o lesión. Si usted no está de acuerdo con nuestros esfuerzos de recuperar el pago, tiene derecho a apelar, según se explica en el Capítulo 9.

No estamos obligados a buscar reembolso ni a emprender acción legal contra un tercero, ni en beneficio propio ni en su nombre. Nuestros derechos bajo la ley de Medicare y esta *Evidencia de cobertura* no se verán afectados por el hecho de que no intervengamos en cualquier acción legal que usted inicie en relación con su lesión, enfermedad o afección.

SECCIÓN 5 Aviso sobre la coordinación de beneficios

¿Por qué necesitamos saber si usted tiene otra cobertura?

Coordinamos los beneficios de acuerdo con las reglas del Pagador secundario de Medicare, las cuales nos permiten facturar o autorizar a un proveedor de servicios a facturar a otras aseguradoras, planes, pólizas, empleadores u otras entidades cuando el otro pagador es responsable de pagar los servicios proporcionados a usted. También estamos autorizados a cobrarle o facturarle a usted por las cantidades que el otro pagador ya le haya pagado por dichos servicios. Tendremos todos los derechos concedidos al programa de Medicare bajo las reglas del Pagador secundario de Medicare.

¿Quién paga primero cuando tiene otra cobertura?

Cuando usted tiene una cobertura adicional, la coordinación de su cobertura depende de su situación. Con la coordinación de los beneficios, con frecuencia recibirá cuidado médico de la manera usual a través de proveedores de nuestro plan, y el otro plan o planes que tenga simplemente ayudarán a pagar el cuidado médico recibido. Si usted tiene una cobertura de salud grupal, puede maximizar los beneficios a su disposición si utiliza proveedores que participan en su plan grupal **y** en nuestro plan. En otras situaciones, como por beneficios que no están cubiertos por nuestro plan, usted puede recibir su cuidado médico fuera de nuestro plan.

Capítulo 11 Avisos legales

Planes de salud grupales de un empleador y de una organización de empleados

Algunas veces, un plan de salud grupal debe proporcionarle beneficios de salud antes de que nosotros le proporcionemos beneficios de salud. Esto sucede si:

- Usted tiene cobertura bajo un plan de salud grupal (incluidos tanto planes de empleadores como de organizaciones de empleados), ya sea directamente o a través de su cónyuge, y
- El empleador tiene veinte (20) o más empleados (según lo determinan las reglas de Medicare), y
- Usted no está cubierto por Medicare debido a discapacidad o Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés).

Si el empleador tiene menos de veinte (20) empleados, por lo general somos nosotros quienes le proporcionaremos sus beneficios primarios de salud. Si usted tiene una cobertura para jubilados bajo un plan de salud grupal, ya sea directamente o a través de su cónyuge, por lo general somos nosotros quienes le proporcionaremos sus beneficios primarios de salud. Se aplican reglas especiales en caso de que usted tenga o desarrolle una ESRD.

Planes de salud grupales de un empleador y de una organización de empleados para personas con discapacidad

Si usted tiene cobertura bajo un plan de salud grupal y tiene Medicare debido a que tiene una discapacidad, por lo general somos nosotros quienes le proporcionaremos sus beneficios primarios de salud. Esto sucede si:

- Usted tiene menos de 65 años, y
- Usted no tiene ESRD, y
- Usted no tiene cobertura directamente ni a través de su cónyuge bajo un plan de salud grupal grande.

Un plan de salud grupal grande es un plan de salud ofrecido por un empleador con 100 o más empleados, o por un empleador que forma parte de un plan de empleadores múltiples donde cualquier empleador participante en el plan tiene 100 o más empleados. Si usted tiene cobertura bajo un plan de salud grupal grande, ya sea directamente o a través de su cónyuge, su plan de salud grupal grande debe proporcionarle los beneficios de salud antes de que nosotros le proporcionemos sus beneficios de salud. Esto sucede si:

- Usted no tiene ESRD, y
- Tiene menos de 65 años y tiene Medicare debido a una discapacidad.

En dichos casos, le proporcionaremos solo aquellos beneficios que no estén cubiertos por el plan grupal de su empleador grande. Se aplican reglas especiales en caso de que usted tenga o desarrolle una ESRD.

Planes de salud grupales de un empleador y de una organización de empleados para personas con Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)

Si usted es o pasa a ser elegible para Medicare debido a una ESRD y tiene cobertura bajo un plan de salud grupal de un empleador o de una organización de empleados, ya sea directamente o a través de su cónyuge, su plan de salud grupal es responsable de proporcionarle sus beneficios primarios de salud durante los primeros treinta (30) meses después de que usted sea elegible para Medicare debido a una ESRD. Nosotros le proporcionaremos cobertura secundaria durante este tiempo, y le proporcionaremos cobertura primaria después de ese período. Si usted ya está en Medicare debido a su edad o a una discapacidad al momento de desarrollar la ESRD, nosotros le proporcionaremos cobertura primaria.

Capítulo 11 Avisos legales

Programa de compensación laboral y similares

Si usted ha sufrido una enfermedad o lesión causada por el trabajo y cuenta con beneficios de compensación laboral, el programa de compensación laboral debe proporcionar primero sus beneficios por cualquier costo de cuidado de la salud relacionado con su enfermedad o lesión laboral antes de que nosotros proporcionemos cualquier beneficio bajo esta *Evidencia de cobertura* por servicios prestados en relación con su enfermedad o lesión laboral.

Accidentes y lesiones

Las reglas del Pagador secundario de Medicare se aplican si usted ha estado en un accidente o ha sufrido una lesión. Si usted tiene a su disposición los beneficios bajo la cobertura de “Med Pay”, cobertura contra todo riesgo, de automóvil, de accidente o de responsabilidad, la aseguradora de la cobertura de “Med Pay”, cobertura contra todo riesgo, de automóvil, de accidente o de responsabilidad debe proporcionar primero sus beneficios por cualquier costo de cuidado de la salud relacionado con el accidente o lesión antes de que nosotros proporcionemos cualquier beneficio por los servicios relacionados con su accidente o lesión.

Las reclamaciones de responsabilidad de seguro a menudo no son resueltas de inmediato. Podemos realizar pagos condicionales mientras la reclamación de responsabilidad está en trámite. También podemos recibir una reclamación y no saber que una reclamación de responsabilidad o de otro tipo está en trámite. En estas situaciones, nuestros pagos son condicionales. Los pagos condicionales nos deben ser reembolsados cuando reciba el pago del seguro o de responsabilidad.

Si usted recupera gastos médicos de un tercero, nosotros tenemos derecho a recuperar los pagos que hemos hecho sin tener en cuenta ninguna estipulación de acuerdo de liquidación. Las estipulaciones de que el acuerdo no incluye daño por gastos médicos no se tendrán en cuenta. Reconoceremos asignaciones de pagos de responsabilidad a pérdidas no médicas solo cuando el pago se base en una orden del tribunal sobre el fondo del caso. No buscaremos recuperar ninguna parte de una indemnización que se asigne apropiadamente por el tribunal como pago por pérdidas distintas a servicios médicos (por ejemplo, pérdidas de propiedad).

Donde proporcionemos beneficios en forma de servicios, debemos tener derecho a recibir reembolso sobre la base del valor razonable de los beneficios proporcionados.

No duplicación de beneficios

No duplicaremos ningún beneficio o pago que usted reciba bajo cualquier cobertura de automóvil, accidente, de responsabilidad u otra. Usted acepta informarnos cuando dicha cobertura esté disponible para usted, y es su responsabilidad tomar cualquier medida necesaria para recibir los beneficios o pagos bajo dicha cobertura de automóvil, accidente, de responsabilidad u otra. Podemos buscar reembolso de valor razonable de cualquier beneficio que hayamos proporcionado en caso de que hayamos duplicado los beneficios a los cuales usted tiene derecho bajo dicha cobertura. Usted tiene la obligación de cooperar con nosotros para obtener el pago de cualquier cobertura de automóvil, accidente o de responsabilidad o de otra aseguradora.

Si le proporcionamos beneficios antes que cualquier otro tipo de cobertura de salud que usted tenga, podemos buscar recuperar esos beneficios de acuerdo con las reglas del Pagador secundario de Medicare. Consulte también la sección 4 de este capítulo, **Aviso adicional sobre la subrogación (recuperación de terceros)** para obtener más información sobre nuestros derechos de recuperación.

Capítulo 11 Avisos legales

Más información

Esto es solo un breve resumen. Si pagamos primero o segundo (o no pagamos) depende de los tipos de seguros adicionales que usted tenga y de las reglas de Medicare que se apliquen en su situación. Para obtener más información, consulte el folleto publicado por el gobierno, *“Medicare y otros beneficios de salud: su guía sobre quién paga primero”*. Es CMS Pub. No. 02179. Asegúrese de consultar la versión más actualizada. Otros detalles se explican en las reglas del Pagador secundario de Medicare como, por ejemplo, la manera de determinar el número de personas empleadas por un empleador con fines de las reglas de coordinación de beneficios. Las reglas son publicadas en el *Código de reglamentos federales*.

Derechos de apelación

Si usted no está de acuerdo con cualquier decisión o acción tomada por nuestro plan relacionada con las reglas de coordinación de beneficios y de pago descritas anteriormente, debe seguir los procedimientos explicados en el Capítulo 9 *Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)* de esta Evidencia de cobertura.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Afiliado (Afiliado de nuestro plan o Afiliado del plan): persona que cuenta con Medicare y que es elegible para recibir los servicios cubiertos, cuya inscripción en nuestro plan está confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés).

Alisado y raspado radicular periodontal: el alisado es un procedimiento dental común para pacientes con enfermedad de las encías. Es un tipo de limpieza dental que llega debajo de la línea de la encía para eliminar la acumulación de placa. El proceso de alisado y raspado radicular de los dientes suele denominarse limpieza profunda.

Angiografía por resonancia magnética (MRA, por sus siglas en inglés): método no invasivo y forma de imágenes por resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés) que puede medir el flujo de sangre por los vasos sanguíneos.

Apelación: una apelación es lo que puede hacer si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura para servicios de cuidado de la salud o medicamentos recetados, o el pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: un área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que usted puede utilizar, generalmente es también el área donde puede obtener servicios rutinarios (que no sean de emergencia). Si usted se muda en forma permanente fuera del área de servicio, el plan puede desafiliarle.

Asistente de cuidado de la salud en el hogar: una persona que proporciona servicios que no necesitan de la experiencia de un profesional en enfermería autorizado o un terapeuta, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados).

Atención al cliente: un departamento dentro de nuestro plan que es responsable de dar respuesta a sus preguntas sobre afiliación, beneficios, quejas formales y apelaciones.

Autorización previa: aprobación anticipada para recibir servicios o determinados medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Ayuda adicional: un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos para el programa de medicamentos recetados de Medicare, tales como primas, deducibles y coseguro.

Biosimilar: un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y efectivos como los productos biológicos originales. Algunos biosimilares pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin la necesidad de una nueva receta. (Consulte “Biosimilar intercambiable”).

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede utilizarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin la necesidad de una nueva receta porque cumple con los requisitos adicionales relacionados con el potencial para una sustitución automática. Esta sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos (IRMAA, por sus siglas en inglés): si su ingreso bruto ajustado modificado según lo reportó en su declaración de impuestos al IRS hace 2 años sobrepasa una cierta cantidad, usted pagará la cantidad de prima estándar más una Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos, IRMAA. IRMAA es un cargo adicional que se añade a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no paga una prima superior.

Cantidad máxima de desembolso personal: la cantidad máxima que usted paga de su bolsillo durante el año calendario por servicios cubiertos de las Partes A y B. Las cantidades que usted paga por las primas de su plan, las primas de las Partes A y B de Medicare y los medicamentos recetados no cuentan para la cantidad máxima de desembolso personal. **(Tenga en cuenta:** debido a que nuestros afiliados también reciben asistencia de Department of Medical Assistance Services (Medicaid), pocos afiliados alcanzan esta cantidad máxima de desembolso personal).

Cantidad permitida: la cantidad máxima que un plan pagará por un beneficio de cuidado de la salud.

Cargo límite de Medicare: en el plan Medicare original, la cantidad máxima de dinero que un médico u otro proveedor de cuidado de la salud que no acepte asignaciones puede cobrarle por un servicio cubierto. El cargo límite es del 15 por ciento por encima de la cantidad aprobada por Medicare. El cargo límite solo se aplica a ciertos servicios y no se aplica a suministros ni equipo.

Cargo permitido por Medicare: la cantidad máxima de dinero que se puede cobrar por un servicio médico en particular cubierto por Medicare. Estas son cantidades que decide Medicare.

Centro de cirugía ambulatoria: un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que funciona exclusivamente con el fin de proporcionar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía en el centro no se espera que exceda las 24 horas.

Centro de cuidado de urgencia: un centro de salud autorizado donde médicos y profesionales de urgencia proveen servicios para identificar y tratar una lesión o enfermedad repentina, sin estadía durante la noche.

Centro de diálisis independiente: un centro de salud autorizado, distinto a un hospital, que provee tratamiento de diálisis sin estadía nocturna.

Centro de radiología (imágenes) independiente: un centro de salud autorizado, distinto a un hospital, que proporciona uno o más de los siguientes servicios para prevenir, identificar o tratar una lesión o enfermedad, sin estadía nocturna: radiografías; medicina nuclear; radioterapia oncológica (incluidas MRI, escaneos de CT y escaneos de PET).

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés): centro que principalmente proporciona servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, entre los que se incluyen terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés): agencia federal que administra a Medicare.

Cobertura para medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que ayuda a los pacientes ambulatorios a pagar los medicamentos recetados, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no estén cubiertos por las Partes A o B de Medicare.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Cobertura válida para medicamentos recetados: cobertura para medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura estándar de Medicare para medicamentos recetados. Las personas que tienen esta cobertura cuando son elegibles para Medicare generalmente pueden conservarla sin tener que pagar una multa si más tarde deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Copago: la cantidad que usted posiblemente deba pagar como la parte del costo que le corresponde por servicios o suministros médicos, como por ejemplo una consulta médica, una visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. El copago es una cantidad fija (por ejemplo \$10), en vez de un porcentaje.

Coseguro: la cantidad que usted posiblemente deba pagar, expresada como un porcentaje (por ejemplo 20%), como la parte del costo que le corresponde por servicios o medicamentos recetados.

Costos compartidos: costos compartidos hace referencia a las cantidades que debe pagar el afiliado por los servicios o medicamentos recibidos. Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier cantidad deducible que un plan puede imponer antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier cantidad de copago fija que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier cantidad de coseguro, un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio o medicamento que requiere un plan cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Costos compartidos estándares: los costos compartidos estándares son costos compartidos que no sean costos compartidos preferidos ofrecidos en una farmacia de la red.

Costos compartidos preferidos: costos compartidos preferidos se definen como costos compartidos inferiores para ciertos medicamentos cubiertos de la Parte D en ciertas farmacias de la red.

Cuidado de hospicio: cuidado especializado para personas con enfermedades terminales, centrado en la comodidad y no en la cura. Esto también incluye asesoramiento para las familias de los pacientes. Según la situación, este tipo de cuidado puede ser en el hogar, un hospicio, un hospital o un hogar de ancianos, y lo brinda un equipo de profesionales de la salud certificados.

Cuidado de hospitalización: cuidado de la salud que recibe al ser admitido en un hospital.

Cuidado de la salud en el hogar: cuidado de enfermería especializada y determinados otros servicios de cuidado de la salud que se proporcionan a un paciente en su propio hogar para el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos se indican en el Capítulo 4, Tabla de beneficios médicos bajo el título “Cuidado de una agencia de cuidado de la salud en el hogar”. Si usted necesita servicios de cuidado de la salud en el hogar, nuestro plan se encargará de cubrir estos servicios para usted, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura de Medicare. El cuidado de la salud en el hogar puede incluir servicios de un asistente de cuidado de la salud en el hogar si los servicios forman parte del plan de cuidado de la salud en el hogar para su lesión o enfermedad. No estarán cubiertos a menos que usted también esté recibiendo un servicio especializado cubierto. El cuidado de la salud en el hogar no incluye el servicio de ama de llaves, coordinación de servicios de alimentación ni enfermería de tiempo completo en el hogar.

Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés): cuidado de enfermería especializada y servicios de rehabilitación que se ofrecen de manera continua y a diario en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de cuidado incluyen la terapia física o las inyecciones intravenosas que solamente pueden ser brindadas por un profesional de enfermería registrado o por un médico.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Cuidado médico en casos de emergencia: servicios cubiertos 1) brindados por un proveedor acreditado para proporcionar servicios en casos de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Cuidado personal no médico: el cuidado personal no médico es cuidado personal proporcionado en un hogar de ancianos, hospicio u otro centro cuando no necesita cuidado médico especializado o cuidado de enfermería especializada. El cuidado personal no médico, proporcionado por personas sin experiencia o capacitación profesional, incluye ayuda para las actividades cotidianas como bañarse, vestirse, comer, acostarse y levantarse de la cama o una silla, desplazarse y usar el baño. También puede incluir el cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como colocarse las gotas en los ojos. Medicare no paga por este tipo de cuidado personal no médico.

Deducible: la cantidad que usted debe pagar por cuidado de la salud o medicamentos recetados antes de que nuestro plan pague.

Desafiliarse o Desafiliación: el proceso para terminar su afiliación con nuestro plan.

Determinación de cobertura: decisión sobre si un medicamento recetado está cubierto por el plan y la cantidad, si la hubiera, que usted debe pagar por el medicamento. En general, si lleva su receta a una farmacia y la farmacia le informa que el medicamento recetado no está cubierto por su plan, esto no constituye una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir al plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. En este documento, las determinaciones de cobertura se conocen como decisiones de cobertura.

Determinación de la organización integrada: una decisión que toma nuestro plan con respecto a si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar usted por los artículos o servicios cubiertos. En este documento, las determinaciones de la organización se conocen como “decisiones de cobertura”.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud, considera que usted presenta síntomas médicos que requieren cuidado médico inmediato para evitar la pérdida de la vida (y si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño por nacer), la pérdida de una extremidad, o la pérdida del funcionamiento de una extremidad, o la pérdida o la generación de una disfunción grave en una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor grave o afección médica que empeora rápidamente.

Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés): determinado equipo médico solicitado por el médico por razones médicas. Entre los ejemplos se incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar.

Escaneo de tomografía axial computarizada (CT/CAT, por sus siglas en inglés): combina el uso de una computadora digital con un dispositivo rotativo de radiografía para generar imágenes detalladas de cortes transversales de distintos órganos y partes del cuerpo.

Escaneo de tomografía por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés): técnica de diagnóstico médico por imágenes que supone la inyección de un isótopo al paciente y el uso de un explorador PET para detectar la radiación emitida.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Etapas de cobertura catastrófica: etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que empieza cuando usted (u otras personas elegibles en su nombre) hayan gastado **\$2,000** en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Etapas de cobertura inicial: es la etapa antes de que sus gastos de desembolso personal en el año hayan alcanzado la cantidad límite de gastos de desembolso personal.

Evaluación/examen oral integral: este código se aplica cuando un dentista general o especialista dental examina al paciente. Se aplica a: pacientes nuevos, pacientes habituales que han tenido un cambio significativo en las afecciones de salud u otras circunstancias inusuales, por informe, o pacientes habituales que no han tenido tratamiento activo durante tres años o más.

Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) e Información de divulgación: este documento, junto con el formulario de inscripción y otros documentos adjuntos, cláusulas o cobertura opcional seleccionada, que explican su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer usted como afiliado de nuestro plan.

Examen oral periódico: examen que se realiza a pacientes habituales para determinar cambios en el estado dental y de salud en comparación con una evaluación periódica o integral anterior.

Excepción: tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento no incluido en nuestro formulario (excepción al formulario), o recibir un medicamento no preferido en un nivel inferior de costos compartidos (excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el que está solicitando, si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y usted quiere una exención de los criterios de restricción o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que está solicitando (excepción al formulario).

Farmacia de la red: una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan donde los afiliados de nuestro plan pueden recibir sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados se cubren solo si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia de pedido por correo: una farmacia que surte y envía medicamentos recetados por correo al hogar del afiliado.

Farmacia fuera de la red: farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los afiliados de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que recibe de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen determinadas condiciones.

Formulario: documento que enumera todos los medicamentos recetados que cubre un plan.

Gastos de desembolso personal: consulte la definición de costos compartidos. El requisito de costos compartidos del afiliado de pagar una porción de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costos de desembolso personal del afiliado.

Guía de medicamentos recetados (Formulario): lista de medicamentos cubiertos por el plan. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan, con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye tanto medicamentos genéricos como medicamentos de marca.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

“Herramienta de beneficios en tiempo real”: una aplicación informática o portal en la que los afiliados pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica del afiliado sobre el formulario y los beneficios. Esto incluye cantidades de costos compartidos, medicamentos alternativos incluidos en el formulario que pueden utilizarse para la misma afección de salud que un medicamento determinado, y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia por fases, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Hospicio: un beneficio que proporciona tratamiento especial para un afiliado que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proveerle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige un hospicio y continúa pagando las primas aún es un afiliado de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios que sean necesarios por razones médicas, así como los beneficios suplementarios que ofrecemos.

Hospitalización de paciente internado: una hospitalización cuando haya sido formalmente admitido en el hospital para recibir servicios médicos profesionales. Incluso si es internado en el hospital por una noche, usted podría ser considerado ambulatorio.

Imágenes por resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés): método de modalidad de diagnóstico por imágenes que utiliza un campo magnético y análisis computarizado de señales de radiofrecuencia inducidas para producir imágenes del tejido corporal de manera no invasiva.

Indicación aceptada por razones médicas: el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por determinadas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el Micromedex DRUGDEX Information System.

Ingreso suplementario de seguridad (SSI, por sus siglas en inglés): beneficio mensual pagado por el Seguro Social para personas con discapacidad, ciegas o de 65 años de edad o más con ingresos y recursos limitados. Los beneficios del SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Laboratorio independiente: un centro de salud autorizado, distinto a un hospital, que proporciona análisis de laboratorio para prevenir, identificar o tratar una lesión o enfermedad, sin estadía nocturna.

Límite de gastos de desembolso personal: la cantidad máxima que paga como desembolso personal para los medicamentos de la Parte D.

Límites de cantidad: herramienta de control diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden aplicarse a la cantidad de medicamento que cubrimos por receta médica o durante un período determinado.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Guía de medicamentos): lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan.

Mamografía de detección: un procedimiento de radiografía especializado para descubrir de manera temprana si una paciente tiene cáncer de mama.

Mamografía de diagnóstico: un examen radiológico especializado que se realiza a una paciente que muestra signos o síntomas de enfermedad de mama.

Medicaid (o Asistencia médica): programa conjunto federal y estatal que provee ayuda con los costos médicos a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid estatales varían, pero la mayoría de los costos del cuidado de la salud estarán cubiertos si es elegible para Medicare y Medicaid.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Medicamento de marca: medicamento recetado que fabrica y vende la compañía farmacéutica que originalmente investigó y creó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, otros fabricantes de medicamentos producen y comercializan los medicamentos genéricos y en general no se encuentran disponibles hasta que se vence la patente del medicamento de marca.

Medicamento genérico: medicamento recetado que es aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) en base de tener el(los) mismo(s) ingrediente(s) activo(s) que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento genérico funciona de la misma manera que un medicamento de marca y con frecuencia tiene un costo menor.

Medicamentos cubiertos: término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso ha excluido determinadas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D. Todos los planes deben cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Medicare: programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen Enfermedad renal en etapa terminal (por lo general, las personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o trasplante de riñón).

Medicare original (Medicare tradicional o Medicare Cargo por servicio): Medicare original es ofrecido por el gobierno, y no es un plan de salud privado como los Planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Con Medicare original, los servicios de Medicare están cubiertos por medio del pago de cantidades determinadas por 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. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte del costo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga la parte del costo que a usted le corresponde. Medicare original tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico); se encuentra disponible en todo el territorio de los Estados Unidos.

Medicina nuclear: radiología que introduce radioisótopos (compuestos que contienen formas radioactivas de átomos) en el cuerpo con el objeto de diagnosticar con imágenes, evaluar la función del órgano o ubicar la enfermedad o tumores.

Multa por afiliación tardía de la Parte D: cantidad que se añade a la prima mensual de la cobertura para medicamentos de Medicare, si permanece sin cobertura válida (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare), durante un periodo continuo de 63 días o más después de ser elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D. Si pierde la “Ayuda adicional”, puede estar sujeto a la multa por afiliación tardía si pasa 63 días seguidos o más sin la Parte D u otra cobertura válida para medicamentos recetados.

Necesario por razones médicas: los servicios, suministros o medicamentos necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Nuestro plan: el plan en el que está inscrito, Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP).

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Organización Medicare Advantage: una compañía privada que administra planes Medicare Advantage para ofrecer a los afiliados más opciones y, a veces, beneficios adicionales. Los planes Medicare Advantage también se llaman “Parte C”. Proveen toda su cobertura de la Parte A (hospitalaria) y la Parte B (médica), y algunos también pueden proporcionar cobertura de la Parte D (medicamentos recetados).

Organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés): tipo de plan de seguro de salud en el que los afiliados deben recibir cuidado de la red de médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud del plan.

Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO, por sus siglas en inglés): un grupo de médicos especializados y otros expertos en el cuidado de la salud pagado por el gobierno federal, que se encarga de controlar y mejorar el cuidado médico que reciben los pacientes de Medicare.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés).

Parte D: programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Período de beneficio: la forma en que Medicare original mide su uso de los servicios de centros de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). Para nuestro plan, usted tendrá un período de beneficio para sus beneficios de centro de enfermería especializada. Un período de beneficio de SNF comienza el día que usted es admitido en un centro de enfermería especializada. El período de beneficio acumulará un día por cada día que esté admitido en un SNF. El período de beneficio termina cuando usted no ha recibido cuidado especializado en un centro de enfermería especializada por 60 días consecutivos. Si se le ingresa en un centro de enfermería especializada después de que se haya terminado un período de beneficio, comenzará uno nuevo. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficio.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de marzo en que los afiliados en un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan de Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Medicare original. Si elige cambiar a Medicare original durante este período, también puede afiliarse a un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Período de inscripción inicial: cuando es elegible para Medicare por primera vez, el período de tiempo en que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de inscripción inicial es el período de siete meses que comienza tres meses antes del mes en que cumple 65, incluye el mes en que cumple 65, y termina tres meses después del mes en que cumple 65.

Período especial de inscripción: el momento establecido en que los afiliados pueden cambiar sus planes de salud y de medicamentos o regresar a Medicare original debido a determinados eventos o cambios en su vida. Las situaciones en las que puede ser elegible para un Período especial de inscripción incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si recibe “Ayuda adicional” con sus costos de medicamentos recetados, si se muda a un hogar de ancianos o si violamos nuestro contrato con usted. Esto también se denomina Período especial de elección o “SEP”, por sus siglas en inglés.

Persona con doble elegibilidad: una persona que es elegible para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Plan de necesidades especiales: tipo especial de Plan Medicare Advantage que proporciona cuidado de la salud más enfocado a grupos de personas específicos, por ejemplo, quienes tienen Medicare y Medicaid, quienes residen en un hogar de ancianos o quienes tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Plan de necesidades especiales para cuidados crónicos: los planes C-SNP son planes SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tengan una o más afecciones crónicas graves o incapacitantes, según se definen en la Sección 422.2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés), lo que incluye restringir la inscripción en función de los múltiples grupos de afecciones comúnmente comórbidas y clínicamente vinculadas especificadas en la Sección 422.4(a)(1)(iv) del Título 42 del CFR.

Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (D-SNP): un tipo de plan donde se inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos de o todos los costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (D-SNP) integrado: un D-SNP que cubre Medicare y la mayoría de los servicios de Medicaid bajo un solo plan de salud para ciertos grupos de personas elegibles tanto para Medicare como Medicaid. Estas personas también son conocidas como personas con doble elegibilidad.

Plan de organización de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés): es un Plan de Medicare Advantage que dispone de una red de proveedores contratados que acordaron atender a los afiliados del plan por el pago de una cantidad específica. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, tanto si se reciben de parte de proveedores de la red como fuera de la red. Los costos compartidos de los afiliados generalmente serán superiores cuando se reciben los beneficios del plan por parte de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual sobre sus gastos de desembolso personal para los servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite superior sobre sus gastos de desembolso personal combinados totales por servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare es ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proveerles a las personas con Medicare inscritas en el plan los beneficios de las Partes A y B. Este término incluye todos los Planes Medicare Advantage, los Planes de costo de Medicare, los Planes de necesidades especiales, los Programas piloto o de demostración y los Programas de cuidado integral para personas de la tercera edad (PACE, por sus siglas en inglés).

Plan Medicare Advantage (MA): también llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una empresa privada que realiza un contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de las Partes A y B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser i) una HMO, ii) una PPO, iii) un plan Privado de cargo por servicio (PFFS, por sus siglas en inglés) o iv) un plan de Cuenta de ahorros médicos de Medicare (MSA, por sus siglas en inglés). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés). En la mayoría de los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura para medicamentos recetados). Estos planes se conocen como **Planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos recetados**.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de cuidado integral para personas de la tercera edad) combina servicios y apoyos médicos, sociales y a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) para personas frágiles a fin de ayudarlas a mantenerse de manera independiente y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un hogar de ancianos) mientras les sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Póliza Medigap (Seguro suplementario a Medicare): seguro suplementario a Medicare vendido por compañías aseguradoras privadas para cubrir las “brechas” de Medicare original. Las pólizas Medigap solamente funcionan con Medicare original. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de cuidado de la salud para la cobertura de salud o para medicamentos recetados.

Procedimiento de diagnóstico: un examen para identificar las fortalezas y las debilidades de un paciente en un área específica, con el fin de obtener más información sobre su afección o enfermedad.

Producto biológico: un medicamento recetado que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse con exactitud, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte también “**Producto biológico original**” y “**Biosimilar**”).

Producto biológico original: un producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y que sirve como comparación para los fabricantes que hacen una versión biosimilar. También se lo conoce como producto de referencia.

Profilaxis (limpieza): eliminación de placa, cálculos y manchas de las estructuras dentales e implantes en la dentición permanente y de transición. La profilaxis se realiza únicamente en las personas que no presentan ningún signo ni síntoma de enfermedad periodontal, como pérdida ósea, hemorragia, movilidad, exudado y recesión. La profilaxis es, por tanto, un procedimiento preventivo para pacientes que todavía no tienen enfermedad periodontal y solo debe realizarse con pacientes sanos desde el punto de vista periodontal

Programa de descuentos del fabricante: un programa donde los fabricantes del medicamento pagan una parte del costo total del plan para productos biológicos y medicamentos de marca cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y el grupo de fabricantes.

Prótesis y ortopedia: los dispositivos médicos incluyen, entre otros, cabestrillos, corsés y collarines; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, como suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés): el médico u otro proveedor a quien consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, antes de ver a cualquier otro proveedor de cuidado de la salud, usted debe consultar primero a su proveedor de cuidado primario.

Proveedor de la red: proveedor es el término general para denominar a médicos, otros profesionales del cuidado de la salud, hospitales y demás centros de cuidado de la salud que están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para proveer servicios de cuidado de la salud. Los **proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago completo y, en algunos casos, coordinar, así como también proporcionar, servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. También se les puede denominar “proveedores del plan”.

Proveedor del plan: consulte “Proveedor de la red”.

Proveedor fuera de la red o centro médico fuera de la red: proveedor o centro médico que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar ni proporcionar servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, no pertenecen y no operan con nuestro plan.

Queja: el nombre formal para realizar una queja es **presentar una queja formal**. El proceso de quejas se utiliza solo para ciertos tipos de problemas. Estos incluyen problemas relacionados con la calidad del cuidado médico, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si su plan no sigue los plazos en el proceso de apelaciones.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Queja formal integrada: tipo de queja que realiza sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluida una queja relacionada con la calidad de su cuidado médico. Esto no incluye conflictos con pagos o cobertura.

Radiología: radiografías y otros procedimientos especializados que utilizan radiación de alta energía para identificar y tratar enfermedades.

Red: consulte “Farmacia de la red”. Y “Proveedor de la red”.

Red nacional de trasplantes de Humana (NTN, por sus siglas en inglés): red de centros aprobados por Humana que también están aprobados en su totalidad por Medicare.

Servicios cubiertos: término que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de cuidado de la salud cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por las Partes A y B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios para la vista, dentales, o para la audición, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios de imágenes avanzadas: método de diagnóstico por imágenes especializado que toma imágenes más detalladas que las radiografías estándar. Existen varios tipos de servicios de imágenes, entre ellos, la tomografía axial computarizada (escaneo CT/CAT, por sus siglas en inglés), la angiografía por resonancia magnética (MRA, por sus siglas en inglés), las imágenes por resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés) y el escaneo de tomografía por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés) u otra tecnología similar.

Servicios de observación: servicios hospitalarios ambulatorios que se brindan para ayudar al médico a decidir si un paciente debe ser admitido como paciente internado, o si puede ser dado de alta. Los servicios de observación se pueden brindar en el departamento de emergencia o en otra área del hospital. Incluso si pasa una noche en una cama de hospital regular, podría ser considerado paciente ambulatorio.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen terapia física, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios que se necesitan con urgencia: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es de emergencia es un servicio que se necesita con urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o no es razonable debido al tiempo, el lugar y las circunstancias para obtener dicho servicio por parte de proveedores dentro de la red con los cuales el plan tiene contrato. Ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son lesiones o enfermedades médicas imprevistas o reapariciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, consultas rutinarias al proveedor médicamente necesarias, como chequeos anuales, no son considerados servicios que se necesitan con urgencia incluso si está fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Subsidio por ingresos limitados (LIS, por sus siglas en inglés): consulte “Ayuda adicional”.

Tarifa contratada: la tarifa que el plan de salud paga a un médico, proveedor o farmacia de la red por servicios cubiertos o medicamentos recetados.

Tarifa de despacho: una tarifa que se cobra cada vez que se despacha un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir el medicamento recetado, como el tiempo del farmacéutico para preparar y envasar el medicamento recetado.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Tarifa diaria de costos compartidos: una tarifa diaria de costos compartidos se puede aplicar cuando el médico le receta menos de un suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago. Una tarifa diaria de costos compartidos es el copago dividido por el número de días en el suministro de un mes. Este es un ejemplo: si su copago para un suministro de medicamento para un mes es de \$30 y un suministro de un mes en su plan es de 30 días, su “tarifa diaria de costos compartidos” es de \$1 por día.

Terapia por fases: una herramienta de usos que requiere que usted pruebe primero otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le recetó inicialmente.

Anexo A - Información de contacto de las agencias estatales

Esta sección provee la información de contacto de las agencias estatales a las que se hace referencia en el Capítulo 2 y en otras secciones de esta Evidencia de cobertura. Si tiene problemas para localizar la información que busca, contacte a Atención al cliente al número de teléfono en la contraportada de este manual.

VIRGINIA	
Nombre del programa SHIP e información de contacto	Virginia Insurance Counseling and Assistance Program (VICAP) 1610 Forest Avenue Suite 100 Henrico, VA 23229 1-800-552-3402 (llamada gratuita) 1-804-662-9333 (local) 1-804-552-3402 (llamada gratuita TTY) http://www.vda.virginia.gov
Organización para el mejoramiento de la calidad	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701 1-888-396-4646 1-888-985-2660 (TTY) 1-855-236-2423 (Fax) https://livantaqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	Department of Medical Assistance Services (Medicaid) 600 East Broad Street Suite 1300 Richmond, VA 23219 1-855-242-8282 (llamada gratuita) 1-804-786-7933 (local) 1-888-221-1590 (TTY) https://www.dmas.virginia.gov/for-members/
Programa(s) estatal(es) de ayuda farmacéutica	Virginia State Pharmaceutical Assistance Program HCS Unit, 1st Floor James Madison Building 109 Governor Street Richmond, VA 23219 1-855-362-0658 (llamada gratuita) 1-804-864-8050 (fax) https://www.vdh.virginia.gov/disease-prevention/vamap/

Anexo A - Información de contacto de las agencias estatales

VIRGINIA - Continuación	
Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA	VIRGINIA MEDICATION ASSISTANCE PROGRAM (VA MAP) Virginia Department of Health, HCS Unit 1st Floor, James Madison Building 109 Governor Street Richmond,VA 23219 1-855-362-0658 1-804-864-8050 1-800-533-4148 https://www.vdh.virginia.gov/disease-prevention/vamap/

Aviso de no discriminación

Humana Inc. y sus subsidiarias cumplen con todas las leyes aplicables de Derechos civiles federales y no discriminan ni excluyen a las personas por su raza, color de la piel, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición de militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud. Humana Inc.:

- Proporciona a las personas con discapacidades adaptaciones razonables y servicios y ayudas auxiliares gratuitas y adecuadas para comunicarse eficazmente con nosotros, como por ejemplo:
 - Intérpretes acreditados de lenguaje de señas.
 - Información escrita en otros formatos (letra de imprenta grande, audio, formatos de acceso electrónico o de otro tipo).
- Proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuya lengua materna no es el inglés, los cuales pueden incluir:
 - Intérpretes acreditados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita adaptaciones razonables, ayudas auxiliares adecuadas o servicios de asistencia lingüística, póngase en contacto con **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, 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 en persona o por correo postal o electrónico a la atención del coordinador de no discriminación de Humana Inc. en P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, **877-320-1235 (TTY: 711)**, o **accessibility@humana.com**. Si necesita ayuda para presentar una queja, el coordinador de no discriminación de Humana Inc. puede ayudarle.

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o por correo postal o por teléfono a:

- 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 de derechos civiles ante el Departamento de Servicios de Cuidado de la salud de California, Oficina de Derechos Civiles, por teléfono, llamando al **916-440-7370 (TTY: 711)**, enviando un correo electrónico a **Civilrights@dhcs.ca.gov**, o por correo postal a: Deputy Director, Office of Civil Rights, Department of Health Care Services, P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413. Formularios de quejas disponibles en: **http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx**.

Aviso de disponibilidad: Aviso de recursos y servicios auxiliares

English: Free language, auxiliary aid, and alternate format services are available. Call **877-320-1235 (TTY: 711)**.

العربية [Arabic]: تتوفر خدمات اللغة والمساعدة الإضافية والتنسيق البديل مجانًا. اتصل على الرقم **877-320-1235 (الهاتف النصي: 711)**.

Հայերեն [Armenian]: Հասանելի են անվճար լեզվական, աջակցման և այլընտրանքային ձևաչափի ծառայություններ: 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)**.

Este aviso está disponible en <https://www.humana.com/legal/multi-language-support>.

GHHNOA2025HUM_0425

日本語 [Japanese]: 言語支援サービス、補助支援サービス、代替形式サービスを無料でご利用いただけます。**877-320-1235 (TTY: 711)** までお電話ください。

ភាសាខ្មែរ [Khmer]: សេវាកម្មផ្នែកភាសា ជំនួយ និង សេវាកម្មជំនួយប្រុងប្រយ័ត្នសម្រាប់អ្នកប្រើប្រាស់។ 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, ຊ່ວຍເຫຼືອຢ່າງແບບແທນຢ່າງເປັນເອກະຊົນໃຫ້ໃຊ້ພຣິ.
ໂທ **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Diné [Navajo]: Saad t'áá jiik'eh, t'áadoole'é binahjì' bee adahodooníłgígíí diné bich'í' anídahazt'i'í, dóó łahgo át'éego bee hada'dilyaaígíí bee bika'aanída'awo'í dahóló. Kohjì' hodíilnih **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Polski [Polish]: Dostępne są bezpłatne usługi językowe, pomocnicze i alternatywne formaty. Zadzwoń pod numer **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Português [Portuguese]: Estão disponíveis serviços gratuitos de ajuda linguística auxiliar e outros formatos alternativos. Ligue **877-320-1235 (TTY: 711)**.

ਪੰਜਾਬੀ [Punjabi]: ਮੁਫ਼ਤ ਭਾਸ਼ਾ, ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾ, ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **877-320-1235 (TTY: 711)** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Русский [Russian]: Предоставляются бесплатные услуги языковой поддержки, вспомогательные средства и материалы в альтернативных форматах. Звоните по номеру **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Español [Spanish]: Los servicios gratuitos de asistencia lingüística, ayuda auxiliar y servicios en otro formato están disponibles. Llame al **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Tagalog [Tagalog]: Magagamit ang mga libreng serbisyong pangwika, serbisyo o device na pantulong, at kapalit na format. Tumawag sa **877-320-1235 (TTY: 711)**.

தமிழ் [Tamil]: இலவச மொழி, துணை உதவி மற்றும் மாற்று வடிவ சேவைகள் உள்ளன. **877-320-1235 (TTY: 711)** ஐ அழைக்கவும்.

తెలుగు [Telugu]: ఉచిత భాష, సహాయక మద్దతు, మరియు ప్రత్యామ్నాయ ఫార్మాట్ సేవలు అందుబాటులో గలవు. **877-320-1235 (TTY: 711)** కి కాల్ చేయండి.

877-320-1235 (TTY: 711) اردو [Urdu]: مفت زبان، معاون امداد، اور متبادل فارمیٹ کی خدمات دستیاب ہیں۔ کال

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 ለላቸው አገልግሎቶችዎ ይገኛሉ። በ **877-320-1235 (TTY: 711)** ላይ ይደውሉ።

Bàsà [Bassa]: Wuḍu-xwíníín-mú-zà-zà kùà, Hwòdǒ-fóno-nyo, kè nyo-boŭn-po-kà bě bé nyuεε se wídí pǎè-pǎè dǒ 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 ìrànlowọ èdè, àti ọ̀nà kíkà mírán wà lárọwọ́tọ. 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 ।

Notas

Notas

Atención al cliente de Humana Dual Fully Integrated H2875-003 (HMO D-SNP)

Método	Atención al cliente – Información de contacto
LLAME	1-844-881-4482 Las llamadas a este número son gratis. Puede llamarnos los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Además, el departamento de Atención al cliente también ofrece servicios de intérprete de idiomas gratis disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es igual al de arriba.
FAX	877-889-9934
ESCRIBA A	Humana P.O. Box 14054 Lexington, KY 40512-4054
SITIO WEB	es-www.Humana.com/customer-support

Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico

El Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindarles asesoramiento gratis y a nivel local sobre el seguro médico a las personas que tienen Medicare.

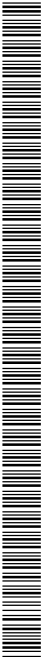
La información de contacto de su SHIP se puede encontrar en el “Anexo A” en este documento.

Declaración de divulgación según la PRA Según la Ley de Reducción de Trámites (PRA, por sus siglas en inglés) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de recopilación de información a menos que esta tenga un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene algún comentario o sugerencias para mejorar este formulario, diríjase por escrito a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Humana Inc.

P.O. Box 14054

Lexington, KY 40512-4054



Información importante sobre el plan

Humana®



Medicare and Medicaid Working Together

es-www.humana.com

H2875003000EOCSP25