2026

Manual para Afiliados

Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP)
Este es un Plan de Necesidades Especiales para Personas con Doble Elegibilidad Totalmente Integrado (FIDE, por sus siglas en inglés).

Illinois
En todo el estado: Illinois

Humana®

H4329_MH_MAPD_HMO_001000_2026_SP_C

H4329001000MHSP26

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

Sus Beneficios de Salud, Servicios y Cobertura de Medicamentos de Medicare y Medicaid como afiliado a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP).

Introducción al *Manual para Afiliados*

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

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

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

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

Este documento está disponible en español en forma gratuita.

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

- Llame a Servicios para Afiliados si desea hacer o cambiar una solicitud permanente al 800-787-3311 (TTY: 711). Servicios para Afiliados está disponible los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita.
- Mantendremos su idioma preferido distinto del inglés y/o el formato alternativo para futuros envíos y comunicaciones.
- No tendrá que realizar una solicitud independiente cada vez.
- Si quiere cambiar su solicitud permanente, llame a Servicios para Afiliados al 800-787-3311, TTY 711, para actualizarla.

H4329_MH_MAPD_HMO_001000_2026_SP_C Aprobación de la OMB 0938-1444 (caduca: 30 de junio del 2026)

Índice

Capítulo 1: Cómo afiliarse 5

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes 15

Capítulo 3: Uso de la cobertura de nuestro plan para su cuidado de la salud y otros servicios con cobertura 33

Capítulo 4: Tabla de Beneficios 52

Capítulo 5: Obtención de sus medicamentos para los pacientes ambulatorios 113

Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos de Medicare e Illinois Medicaid 132

Capítulo 7: Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos 146

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades 151

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 166

Capítulo 10: Finalización de la afiliación a nuestro plan 207

Capítulo 11: Avisos legales 215

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes 219

Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) Exenciones

Humana Dual Fully Integrated (HMO-SNP) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare e Illinois Medicaid para proporcionar a los afiliados beneficios de ambos programas

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

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

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

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

Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) ha sido aprobada por el National Committee for Quality Assurance (NCQA) para operar como un Plan de Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés) hasta el 31 de diciembre de 2028, a partir de una revisión del Modelo de Cuidado de Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP).

Capítulo 1: Cómo afiliarse

Introducción

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

Índice

A. Le damos la bienvenida a nuestro plan 6
B. Información sobre Medicare e Illinois Medicaid 6
B1. Medicare 6
B2. Illinois Medicaid 6
C. Ventajas de nuestro plan 7
D. El área de servicio de nuestro plan 8
E. Cuáles son los requisitos para afiliarse 8
F. Qué esperar cuando se une por primera vez a nuestro plan de salud 9
G. Su equipo de cuidado y plan de cuidado 9
G1. Equipo de cuidado 9
G2. Plan de cuidado 9
H. Resumen de los costos importantes 10
H1. Prima Mensual de la Parte A y B de Medicare 10
H2. Monto a pagar por un medicamento recetado de Medicare 11
I. Este *Manual para Afiliados* 11
J. Otra información importante que le ofreceremos 11
J1. Su Tarjeta de Identificación del Afiliado 11
J2. *Directorio de Proveedores y Farmacias* 12
J3. *Lista de Medicamentos Cubiertos* 13
J4. *Explicación de Beneficios* 13
K. Cómo mantener actualizado su registro de afiliación 14
K1. Privacidad de la información personal sobre su salud (PHI) 14

A. Le damos la bienvenida a nuestro plan

Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) es uno de los programas de cuidado médico administrado de HealthChoice Illinois. Este programa es para personas mayores y personas con discapacidades que tienen beneficios completos de Medicaid y Medicare. Su plan cubre todos sus beneficios de Medicare, la Parte D de Medicare, Medicaid y adicionales en un plan de salud, con una tarjeta de identificación del afiliado. Su plan tiene coordinadores de cuidado para ayudarle a administrar todos los servicios y apoyos de cuidado de la salud a largo plazo.

Como afiliado a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP), no perderá ninguno de los Servicios y Apoyos Administrados a Largo Plazo (MLTSS, por sus siglas en inglés) ni los beneficios de Medicare. Todos los servicios que tiene con HealthChoice Illinois y Medicare siguen disponibles junto con el acceso a algunos servicios adicionales.

Obtendrá la mayoría de sus beneficios cubiertos de Medicare y HealthChoice Illinois directamente de Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP). Trabajará con un equipo de proveedores que le ayudarán a determinar qué servicios satisfarán mejor sus necesidades. Esto significa que algunos de los servicios que recibe ahora podrían cambiar en función de sus necesidades y de la evaluación de su médico y su equipo o coordinador de cuidado. También puede obtener otros beneficios fuera de su plan de salud, de la misma manera que lo hace ahora, directamente de una agencia estatal o del condado, servicios especializados de salud mental y trastornos por consumo de sustancias o servicios de centros regionales.

B. Información sobre Medicare e Illinois Medicaid

B1. Medicare

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 con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).

B2. Illinois Medicaid

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

Cada estado decide:

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

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

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

- nosotros elijamos ofrecer el plan **y**
- Medicare y el estado de Illinois aprueben el plan **y**
- continúe viviendo en el área de servicio de nuestro plan **y**
- continúe siendo elegible para el plan.

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

C. Ventajas de nuestro plan

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

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

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

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

D. Área de servicio de Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP)

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Illinois: Adams, Alexander, Bond, Boone, Brown, Bureau, Calhoun, Carroll, Cass, Champaign, Christian, Clark, Clay, Clinton, Coles, Cook, Crawford, Cumberland, De Witt, DeKalb, Douglas, DuPage, Edgar, Edwards, Effingham, Fayette, Ford, Franklin, Fulton, Gallatin, Greene, Grundy, Hamilton, Hancock, Hardin, Henderson, Henry, Iroquois, Jackson, Jasper, Jefferson, Jersey, Jo Daviess, Johnson, Kane, Kankakee, Kendall, Knox, La Salle, Lake, Lawrence, Lee, Livingston, Logan, Macon, Macoupin, Madison, Marion, Marshall, Mason, Massac, McDonough, McHenry, McLean, Menard, Mercer, Monroe, Montgomery, Morgan, Moultrie, Ogle, Peoria, Perry, Piatt, Pike, Pope, Pulaski, Putnam, Randolph, Richland, Rock Island, Saline, Sangamon, Schuyler, Scott, Shelby, St. Clair, Stark, Stephenson, Tazewell, Union, Vermilion, Wabash, Warren, Washington, Wayne, White, Whiteside, Will, Williamson, Winnebago, Woodford, IL.

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

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

E. Cuáles son los requisitos para afiliarse

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

- resida en nuestra área de servicio (las personas encarceladas no se consideran residentes del área de servicio, aunque físicamente se encuentren en ella) **y**
- tenga tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare **y**
- sea ciudadano de los Estados Unidos o se encuentre legalmente presente en el país **y**
- actualmente sea elegible para Illinois Medicaid **y**
- esté afiliado a la categoría de asistencia de Medicaid de Ayuda para Ancianos, Ciegos y Discapacitados o en la categoría de asistencia de FamilyCare.

También es elegible si cumple con todos los otros criterios de D-SNP anteriores y:

- Está en una de las siguientes exenciones de Medicaid 1915(c):
  - personas mayores;
  - personas con discapacidades;
  - personas con VIH/SIDA;
  - personas con lesiones cerebrales o
  - personas que residen en Centros de Vida Asistida
- Tiene Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) en el momento de la afiliación.

Si pierde la elegibilidad pero se espera que la recupere en un plazo de 90 días, sigue siendo elegible para nuestro plan.

Llame a Servicios para Afiliados para obtener más información.

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

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

Debemos completar su HRA. Esta HRA es la base para desarrollar su plan de cuidado. La HRA incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, de salud del comportamiento, funcionales, sociales, cognitivas y sociales relacionadas con la salud.

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

Le enviaremos más información sobre esta HRA.

Si es la primera vez que se afilia a un plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (D-SNP, por sus siglas en inglés), puede seguir visitando a los médicos que consulta ahora durante un plazo de 180 días. Si se cambió de un plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (D-SNP) a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP), puede seguir visitando a los médicos que consulta ahora durante un plazo de 90 días. Hay circunstancias especiales en las que puede acudir a su médico por más tiempo. Llame a su coordinador de cuidado asignado o a Servicios para Afiliados al número que aparece en la parte inferior de esta página para recibir más información. Después de que el equipo de cuidado descrito en la **Sección G1** se comunique con usted, puede ayudarle a coordinar todos sus cuidados y servicios. Tendrá que recurrir a médicos y otros proveedores de la red Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Consulte el **Capítulo 3** para obtener más información sobre cómo recibir cuidado.

G. Su equipo de cuidado y plan de cuidado

G1. Equipo de cuidado

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

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

G2. Plan de cuidado

Su equipo de cuidado trabaja con usted para elaborar un plan de cuidado. En un plan de cuidado, se le indica a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Incluye sus necesidades médicas, de salud del comportamiento, de LTSS, sociales relacionadas con la salud y funcionales. Incluye objetivos identificables de servicios y tratamientos a corto y largo plazo para abordar sus necesidades. Incluye preferencias y controles para su progreso y necesidades en evolución. Incluye sus preferencias personales o culturales, su preferencia de proveedores y cualquier característica preferida, como el género o el idioma; servicios cubiertos y no cubiertos para abordar cada necesidad identificada, siempre y cuando el plan no tenga que pagar por servicios no cubiertos; acciones e intervenciones necesarias para lograr los objetivos de su plan de cuidado; seguimiento y evaluación; enfoques colaborativos que se utilizarán; resultados deseados y metas, tanto clínicos como no clínicos; diversos

obstáculos; partes responsables; referidos permanentes; recursos comunitarios; apoyos informales; plazos para completar acciones; estado de sus metas, visitas a domicilio según sea necesario y apropiado; organización de planes de respaldo para servicios críticos; planes de seguridad en caso de crisis si tiene una afección de salud del comportamiento; y planes de programas de bienestar.

En el plan de cuidado, se incluye lo siguiente:

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

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

H. Resumen de los costos importantes

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Monto del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare (**Sección H3**)

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

Existen programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Estos incluyen la “Ayuda Adicional” y el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés). El programa “Ayuda Adicional” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Está afiliado automáticamente en este programa. Para obtener más información sobre este programa, consulte la **Sección H2 del Capítulo 2**.

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

H1. Prima Mensual de la Parte A y B de Medicare

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

Muchos afiliados deben pagar otras primas de Medicare.

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

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

H2. Monto a pagar por un medicamento recetado de Medicare

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

En la Sección K3 del Capítulo 2, se ofrece más información sobre el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Si no está de acuerdo con la cantidad facturada como parte de este método de pago, puede seguir los pasos del **Capítulo 9** para presentar una queja o apelación.

I. Este *Manual para Afiliados*

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

Para solicitar un *Manual para Afiliados,* puede llamar a Servicios para Afiliados a los números que figuran en la parte inferior de la página. También puede consultar el *Manual para Afiliados* que se encuentra en nuestro sitio web en la dirección que aparece en la parte inferior de la página.

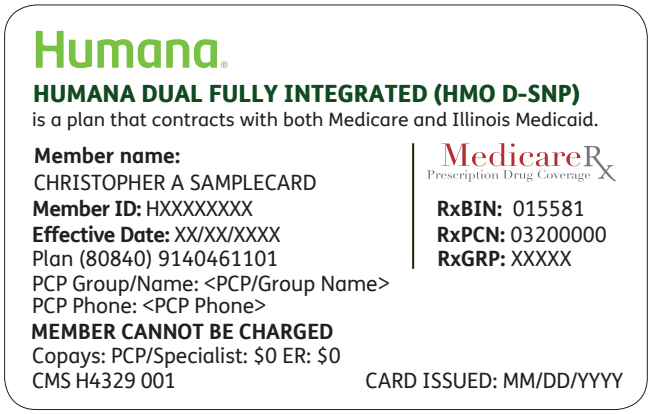
El contrato tiene vigencia durante los meses en que está afiliado a nuestro plan entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

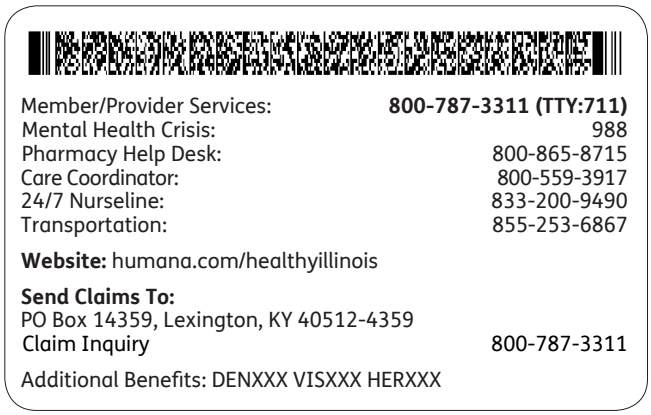
J. Otra información importante que le ofrecemos

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

J1. Su Tarjeta de Identificación del Afiliado

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


Humana.
HUMANA DUAL FULLY INTEGRATED (HMO D-SNP)
is a plan that contracts with both Medicare and Illinois Medicaid.
Member name:
CHRISTOPHER A SAMPLECARD
Member ID: HXXXXXXXX
Effective Date: XX/XX/XXXX
Plan (80840) 9140461101
PCP Group/Name: <PCP/Group Name>
PCP Phone: <PCP Phone>
MEMBER CANNOT BE CHARGED
Copays: PCP/Specialist: $0 ER: $0
CMS H4329 001
MedicareRx
Prescription Drug Coverage
RxBIN: 015581
RxPCN: 03200000
RxGRP: XXXXX
CARD ISSUED: MM/DD/YYYY


Member/Provider Services: 800-787-3311 (TTY:711)
Mental Health Crisis: 988
Pharmacy Help Desk: 800-865-8715
Care Coordinator: 800-559-3917
24/7 Nurseline: 833-200-9490
Transportation: 855-253-6867
Website: humana.com/healthyillinois
Send Claims To:
PO Box 14359, Lexington, KY 40512-4359
Claim Inquiry 800-787-3311
Additional Benefits: DENXXX VISXXX HERXXX

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 800-787-3311, (TTY: 711); Servicios para Afiliados está disponible los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com**.

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

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

J2. *Directorio de Proveedores y Farmacias*

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

Para solicitar un *Directorio de Proveedores y Farmacias* (por medios electrónicos o en forma impresa), puede llamar a Servicios para Afiliados al 1-800-787-3311 (TTY: 711). Servicios para Afiliados a los números que figuran en la parte inferior de la página. Le enviaremos por correo las solicitudes de Directorios de Proveedores y Farmacias en formato impreso dentro de los tres días hábiles. También puede consultar el *Directorio de Proveedores y Farmacias* en nuestro sitio web en **es-www.humana.com/plandocuments**.

En el *Directorio de Proveedores y Farmacias,* se enumeran los profesionales de cuidado de la salud, las instalaciones y los proveedores de apoyo que puede utilizar como afiliado a nuestro plan. También se enumeran las farmacias que puede utilizar para obtener sus medicamentos.

Definición de proveedores de la red

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

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

Definición de farmacias de la red

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

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

Lista de equipo médico duradero (DME)

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

J3. *Lista de Medicamentos Cubiertos*

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

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

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

J4. *La Explicación de Beneficios*

Cuando utilice sus beneficios para medicamentos de la Parte D de Medicare, le enviaremos un resumen para ayudarle a comprender y realizar un seguimiento de los pagos de sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Este informe resumido se denomina la *Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés);* a este documento, lo denominamos *SmartSummary*™.

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

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

K. Cómo mantener actualizado su registro de afiliación

Para mantener su registro de afiliación actualizado, avísenos cuando cambie su información.

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

Avísenos inmediatamente lo siguiente:

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

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

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

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

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

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

Índice

A. Servicios para Afiliados. 16
B. Su Coordinador de Cuidados 18
C. Línea Telefónica de Asesoramiento de Enfermería 20
D. Línea Directa para Crisis de Salud del Comportamiento 21
E. Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores (SHIP, por sus siglas en inglés). 21
F. Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) 22
G. Medicare 23
H. Illinois Medicaid 24
I. Programa de Mediadores para el Cuidado en el Hogar de Illinois. 24
J. Programa de Mediadores para el Cuidado a Largo Plazo de Illinois (LTCOP, por sus siglas en inglés) . . 24
K. Programas para Ayudar a las Personas a Pagar los Medicamentos. 25
K1. Ayuda Adicional de Medicare. 26
K2. Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) 26
K3. Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. 27
L. Seguridad Social. 27
M. Railroad Retirement Board (RRB) 27
N. Otros recursos 28

A. Servicios para Afiliados

TELÉFONO	800-787-3311. Esta llamada es gratuita. Servicios para Afiliados está disponible los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Visite **MyHumana.com** para obtener acceso a información como el historial de reclamos, la elegibilidad y la *Lista de Medicamentos* de Humana las 24 horas del día. Allí también puede utilizar la herramienta de búsqueda de médicos para obtener noticias e información sobre salud. Tenemos servicios de intérprete gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Este número es para las personas que tienen dificultad de audición o habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamarlo. Los días y horarios de atención son los mismos que se indicaron con anterioridad.
DIRECCIÓN	Humana P.O. Box 14359 Lexington, KY 40512-4359
SITIO WEB	**es-www.humana.com/customer-support** Chat en vivo disponible a través de **es-www.humana.com**

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

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

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

- Quejas sobre el cuidado de su salud
  - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier proveedor (sea un proveedor de la red o no). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nuestro plan. También puede presentar una queja formal ante nosotros o ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) sobre la calidad del cuidado que recibió (consulte la **Sección F**).
  - Puede llamarnos al número que aparece en la parte inferior de la página para explicar la queja formal.
  - Si su queja formal se refiere a una decisión de cobertura sobre su cuidado de la salud, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).
  - Puede enviar una queja formal sobre nuestro plan a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
  - A fin de obtener más información sobre cómo presentar una queja formal sobre su cuidado de la salud, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados.*

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

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

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

  - Puede enviar una queja formal sobre el Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Puede usar un formulario en línea, disponible en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
  - A fin de obtener más información sobre la presentación de una queja formal de sus medicamentos recetados, consulte la **Sección J del Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados*.

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

B. Su Coordinador de Cuidados

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

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

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

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

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

- Ayudarlo a ponerse en contacto con los servicios comunitarios donde vive
- Proporcionar cuidado médico después de una hospitalización
- Ayudarlo a regresar a la comunidad después de una estadía en un hogar de ancianos o en un hospital
- Desarrollar un plan de crisis para ayudarlo a mantenerse seguro en tiempos de emergencia
- Hacer que su hogar sea más seguro para que usted permanezca en él

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

TELÉFONO	1-800-787-3311. Esta llamada es gratuita. Servicios para Afiliados está disponible los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. Visite **MyHumana.com** para obtener acceso a información como el historial de reclamos, la elegibilidad y la *Lista de Medicamentos* de Humana las 24 horas del día. Allí también puede utilizar la herramienta de búsqueda de médicos para obtener noticias e información sobre salud. Tenemos servicios de intérprete gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas de audición o habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamarlo. El horario de atención es el mismo que se indicó anteriormente.
DIRECCIÓN	Humana PO Box 14359, Lexington, KY 40512-4359
SITIO WEB	**es-www.humana.com/customer-support** Chat en vivo disponible a través de **es-www.humana.com**

Cuándo comunicarse con su coordinador de cuidado

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

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

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

C. Línea Telefónica de Asesoramiento de Enfermería

La Línea Telefónica de Asesoramiento de Enfermería es un servicio gratuito para los afiliados al plan que les brinda asistencia con cualquier pregunta que puedan tener sobre su cuidado de la salud.

TELÉFONO	833-200-9490. Esta llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Tenemos servicios de intérprete gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas de audición o habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamarlo. El horario de atención es el mismo que se indicó anteriormente.

Cuándo comunicarse con la Línea Telefónica de Asesoramiento de Enfermería

- Preguntas sobre el cuidado de la salud

D. Línea para Crisis de Salud del Comportamiento

TELÉFONO	1-800-345-9049. Esta llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Tenemos servicios de intérprete gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas de audición o habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamarlo. El horario de atención es el mismo que se indicó anteriormente.

Cuándo comunicarse con la Línea para Crisis de Salud del Comportamiento

Si tiene una emergencia que pone en riesgo su vida o la vida de otras personas o la propiedad, llame al 911 o acuda directamente a la sala de emergencias más cercana.

- Si siente que no está actuando como lo haría normalmente y podría causarse daño a sí mismo o a otras personas de una manera que requiera una intervención inmediata.

Si tiene una crisis de salud mental, puede obtener ayuda llamando a la Línea Directa de Prevención del Suicidio y Crisis al 988 (disponible las 24 horas). Tendrá a disposición profesionales acreditados de salud mental las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para responder sus preguntas, evaluar su salud mental y proporcionar y coordinar los servicios según sea necesario.

- Preguntas sobre la Línea para Crisis de Salud del Comportamiento del estado, conocida como Servicios de Crisis y Entrada de Referidos (CARES, por sus siglas en inglés).

E. Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental con consejeros capacitados en cada estado que ofrece ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas de Medicare. En Illinois, el SHIP se llama Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores.

El Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores es un programa estatal independiente (no se relaciona con ninguna compañía de seguros ni plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal para ofrecer asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a personas con Medicare.

TELÉFONO	1-800-252-8966, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.
TTY	1-888-206-1327, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.

DIRECCIÓN	Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores Departamento de la Tercera Edad de Illinois One Natural Resources Way, Suite 100 Springfield, IL 62702-1271
EMAIL	AGING.SHIP@illinois.gov
SITIO WEB	**ilaging.illinois.gov/ship.html**

Cuándo comunicarse con el Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores (SHIP)

- Preguntas sobre su seguro de salud de Medicare
  - Los asesores del Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores (SHIP) pueden responder sus preguntas sobre el cambio a un nuevo plan y brindarle ayuda para lo siguiente:
    - comprender sus derechos,
    - comprender sus opciones de plan,
    - responder sus preguntas sobre el cambio a un nuevo plan,
    - hacer quejas sobre el cuidado de su salud o tratamiento, **y**
    - resolver los problemas con sus facturas.

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

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

TELÉFONO	Número sin cargo: 1-888-524-9900 Llamada gratuita para usuarios de TTY: 1-888-985-8775
TTY	Llamada gratuita para usuarios de TTY: 1-888-985-8775 Este número es para las personas que tienen dificultad de audición o habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamarlo.
DIRECCIÓN	Commence Health 10820 Guilford Rd., Suite 202, Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	**www.livantaqio.com**

Cuándo comunicarse con Commence Health

- Preguntas sobre sus derechos de cuidado de la salud

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

G. Medicare

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

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

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

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

H. Illinois Medicaid

Illinois Medicaid ayuda con los gastos de servicios médicos y de largo plazo, y apoyos para personas con ingresos y recursos limitados.

Está inscrito en Medicare y en Medicaid. Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe por su elegibilidad de Medicaid, llame a la Línea de Ayuda al Cliente del Departamento de Servicios Humanos de Illinois.

TELÉFONO	1-800-843-6154, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.
TTY	1-866-324-5553, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratis.
EMAIL	DHS.WebBits@illinois.gov
SITIO WEB	**www.dhs.state.il.us**

I. Programa de Mediadores para el Cuidado en el Hogar de Illinois

El Programa de Mediadores para el Cuidado en el Hogar de Illinois es un programa de defensa que trabaja en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene algún problema o alguna queja formal y brindarle ayuda para entender qué hacer. El Programa de Mediadores para el Cuidado en el Hogar de Illinois también lo ayuda en caso de tener problemas de servicio o facturación. El Programa de Mediadores para el Cuidado en el Hogar de Illinois no se relaciona con ninguna compañía de seguros ni plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

TELÉFONO	1-800-252-8966, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.
TTY	1-888-206-1327, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.
DIRECCIÓN	Programa de Mediadores para el Cuidado en el Hogar de Illinois Departamento de la Tercera Edad de Illinois One Natural Resources Way, Suite 100 Springfield, IL 62702-1271
EMAIL	Aging.HCOProgram@illinois.gov
SITIO WEB	**https://ilaging.illinois.gov/programs/ltcombudsman/the-home-care-ombudsman-program.html**

J. Programa de Mediadores para el Cuidado a Largo Plazo de Illinois (LTCOP)

El Programa de Mediadores para el Cuidado a Largo Plazo de Illinois (LTCOP) ayuda a las personas a obtener información sobre los hogares de ancianos y a resolver problemas entre estos y los residentes o sus familias.

El Programa de Mediadores para el Cuidado a Largo Plazo de Illinois (LTCOP) no se relaciona con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros ni plan de salud.

TELÉFONO	1-800-252-8966, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita
TTY	1-888-206-1327, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita. Este número es para las personas que tienen dificultad de audición o habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamarlo.
DIRECCIÓN	Programa de Mediadores para el Cuidado a Largo Plazo Departamento de la Tercera Edad de Illinois One Natural Resources Way, Suite 100 Springfield, IL 62702-1271
EMAIL	Aging.SLTCOProgram@illinois.gov
SITIO WEB	**ilaging.illinois.gov/programs/ltcombudsman.html**

K. Programas para Ayudar a las Personas a Pagar los Medicamentos

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

K1. Ayuda Adicional de Medicare

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

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

Si cree que está pagando una cantidad incorrecta de costos compartidos al surtir su receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso a fin de que solicite ayuda para obtener evidencia de su nivel de copago adecuado o, si ya tiene la evidencia, para que nos la proporcione.

- Si ya tiene un documento que demuestra que es elegible para recibir "Ayuda Adicional", también puede mostrarlo la próxima vez que vaya a una farmacia a surtir una receta. Usted puede utilizar cualquiera de los siguientes documentos para proporcionarnos como evidencia, o para mostrar como prueba en la farmacia.
- Cuando recibamos la evidencia que demuestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando surta su próxima receta en la farmacia. Si paga de más en su copago, le reembolsaremos la diferencia. Le enviaremos un cheque por la cantidad de más que pagó o la descontaremos de sus copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo considera una deuda que usted tiene con ella, podemos hacer el pago directamente a la farmacia. Si un estado paga en su nombre, podemos hacer el pago directamente al estado. Comuníquese con Servicios para Afiliados si tiene preguntas.

K2. Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)

El ADAP ayuda a las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH o sida a tener acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están en el formulario de ADAP son elegibles para recibir ayuda a fin de compartir los costos de los medicamentos recetados mediante el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA de Illinois.

Tenga en cuenta lo siguiente: A fin de ser elegible para el ADAP en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, entre los que se incluyen demostrar su residencia en el estado y su estado serológico respecto al VIH, tener bajos ingresos (según la definición del estado) y no tener seguro médico o tener un seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su trabajador local de afiliación del ADAP para que pueda continuar recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o la manera en que puede afiliarse al programa, llame al 217-524-5983.

K3. Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare

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

L. Seguridad Social

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

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

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

M. Railroad Retirement Board (RRB)

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

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

N. Otros recursos

Nos preocupamos por su seguridad, salud y bienestar. Es importante reconocer los signos de maltrato, abandono y explotación, y denunciarlos. Esto le permitirá mantenerse a salvo y obtener el cuidado que necesita.

El maltrato puede presentarse en muchas formas, como:

- **Maltrato físico**: uso no accidental de la fuerza que provoca lesiones corporales, dolor o discapacidad. Incluye, entre otros, bofetadas, quemaduras, cortes, contusiones o restricciones físicas inadecuadas.
- **Maltrato verbal o emocional**: incluye, entre otros, insultos, intimidación, gritos y groserías. También puede incluir burlas, coacción y amenazas.
- **Maltrato sexual:** todo comportamiento sexual o contacto físico íntimo sin su consentimiento.
- **Maltrato financiero:** momento en que alguien usa su dinero sin su consentimiento. Esto incluye el uso inadecuado de la tutela o del poder legal.
- **Negligencia**: la negligencia se produce cuando alguien no proporciona o le niega las necesidades básicas para vivir. Esto incluye alimentos, ropa, refugio o cuidado médico.
- **Explotación**: se refiere al uso indebido o a la retención de los bienes y recursos de un afiliado (pertenencias y dinero). Esto incluye, entre otros, el uso indebido de las pertenencias o los recursos de la presunta víctima mediante malas influencias, la violación de la relación financiera, el fraude, el engaño, la extorsión o cualquier otra forma que contravenga la ley.

Si usted es víctima o cree que está siendo víctima de maltrato, negligencia o explotación, llame al número correspondiente que se indica a continuación para denunciar, prevenir o detener el maltrato, la negligencia o la explotación.

Para denunciar el maltrato de afiliados adultos discapacitados, de 18 a 59 años, que viven en la comunidad, llame a la Unidad de Servicios de Protección para Adultos de Illinois del Departamento de la Tercera Edad (DoA, por sus siglas en inglés).	1-866-800-1409 1-888-206-1327 (TTY)
Para denunciar el maltrato de afiliados de 60 años o más que viven en la comunidad, llame a la Unidad de Servicios de Protección para Adultos de Illinois del Departamento de la Tercera Edad (DoA).	1-866-800-1409 1-888-206-1327 (TTY)
Para denunciar el maltrato de afiliados que viven en hogares de ancianos, llame a la Línea Directa de Quejas Formales del Hogar de Ancianos del Departamento de Salud Pública.	1-800-252-4343
Para denunciar el maltrato de los afiliados en los centros de vida asistida, llame a la Línea Directa de Quejas Formales del Centro de Vida Asistida.	1-800-226-0768
Llame a Servicios para Afiliados o a su administrador de casos en cualquier momento para denunciar casos de maltrato, negligencia y explotación. Puede comunicarse con nosotros las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	1-866-600-2139 (TTY: 711)

Servicios de Afiliación para Clientes de Illinois

Los Servicios de Afiliación para Clientes de Illinois están disponibles para que pueda comparar los planes.

TELÉFONO	1-877-912-8880 De lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.
TTY	1-866-565-8576 Este número es para las personas que tienen dificultad de audición o habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamarlo.
EMAIL	hfs.webmaster@illinois.gov
SITIO WEB	**enrollhfs.illinois.gov/en**

AgeOptions

AgeOptions es una organización sin fines de lucro que conecta a los adultos mayores y a aquellos que los cuidan con recursos y opciones de servicio para que puedan vivir sus vidas al máximo.

TELÉFONO	1-800-699-9043
TTY	1-708-524-1653 Este número es para las personas que tienen dificultad de audición o habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamarlo.
DIRECCIÓN	AgeOptions 1048 Lake Street, Suite 300 Oak Park, IL 60301-1102
EMAIL	information@ageoptions.org
SITIO WEB	**www.ageoptions.org/**

Access Living

Access Living es un agente de cambio comprometido con el fomento de una sociedad inclusiva que permita a los habitantes de Chicago con discapacidades llevar una vida plena y autónoma. El personal y los voluntarios combinan el conocimiento y la experiencia personal para ofrecer programas y servicios que capacitan a las personas con discapacidades para que puedan defenderse por sí mismas.

TELÉFONO	1-312-640-2100
TTY	1-312-640-2102 Este número es para las personas que tienen dificultad de audición o habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamarlo.
DIRECCIÓN	Access Living 115 West Chicago Avenue Chicago, IL 60654
SITIO WEB	**accessliving.org/**

Agencia del Área del Noroeste de Illinois sobre la Tercera Edad

La Agencia sobre la Tercera Edad sirve de enlace entre los programas y servicios locales, estatales y nacionales destinados a las personas de la tercera edad. Puede ayudar a conectar una amplia red de proveedores de servicios para personas mayores con quienes los necesitan. Su objetivo es brindar a las personas mayores en situación de

riesgo la oportunidad de permanecer en sus propios hogares con dignidad y seguridad. La agencia defiende las comunidades a fin de preparar a las personas mayores y a las familias para el envejecimiento, y colabora con ellas.

TELÉFONO	1-815-939-0727
DIRECCIÓN	Agencia del Área del Noroeste de Illinois sobre la Tercera Edad P.O. Box 809 Kankakee, IL 60901
EMAIL	info@ageguide.org
SITIO WEB	**ageguide.org/**

Las Unidades de Coordinación de Cuidados (CCU, por sus siglas en inglés) sirven como puntos de acceso centrales para adultos mayores que tienen necesidades de cuidados intensivos a largo plazo. Si un adulto mayor tiene alguna discapacidad funcional y necesita ayuda con las tareas domésticas, comidas a domicilio, cuidados personales u otros servicios, puede comunicarse con la CCU más cercana. Puede estar ubicada en un centro para personas mayores u otra agencia de servicios sociales. Un coordinador de cuidado evalúa las necesidades de la persona, determina la elegibilidad para varios programas, elabora un plan de cuidados y organiza los servicios.

TELÉFONO	1-312-744-4016 (TTY: 1-312-744-6777) (Ciudad de Chicago)
DIRECCIÓN	Agencia de Servicios para Personas Mayores del Área de Chicago del Departamento de Servicios Familiares y de Apoyo de Chicago 1615 W. Chicago Avenue, 3rd Floor Chicago, IL 60622
EMAIL	aging@cityofchicago.org
SITIO WEB	**www.cityofchicago.org**

TELÉFONO	1-800-699-9043 (solo para el área suburbana del Condado de Cook)
DIRECCIÓN	AgeOptions, Inc. 1048 Lake Street, Suite 300 Oak Park, Illinois 60301
EMAIL	information@ageoptions.org
SITIO WEB	**www.ageoptions.org**

TELÉFONO	1-800-528-2000 (Condados de DuPage, Kane, Kankakee, Lake y Will) Horario de atención: de 8:00 a.m. a 4:30 p.m., hora central, de lunes a viernes. La llamada es gratuita.
DIRECCIÓN	Agencia del Área del Noroeste de Illinois sobre la Tercera Edad P.O. Box 809 Kankakee, IL 60901
EMAIL	info@ageguide.org
SITIO WEB	**www.state.il.us/aging/**

Comité Asesor de Consumidores

Como afiliado a nuestro plan de salud, es posible que reciba una invitación para reunirse con sus compañeros como parte de un Comité Asesor de Consumidores. En nuestro comité, nos informará de qué manera podemos brindarle mejores servicios. Se invita aleatoriamente a los afiliados a acompañarnos. La invitación a las personas elegidas se enviará por correo postal. Si nos acompaña, usted, su cuidador o familiar tendrán la oportunidad de asistir a una reunión comunitaria. Las reuniones se llevarán a cabo una vez cada tres meses durante dos horas. Se proporcionarán refrigerios de cortesía en cada reunión. Si es necesario, hay transporte disponible desde y hacia la reunión. En caso de que lo elijan y no pueda asistir en persona, puede participar en la reunión por teléfono. El número de teléfono se proporcionará en las invitaciones enviadas por correo postal. Se escucharán sus preocupaciones. Realmente esperamos ver a nuestros afiliados.

TELÉFONO	1-877-291-6608 y presione “2”
DIRECCIÓN	550 West Adams Street A la atención de: Market Quality Operations Chicago, IL 60661
EMAIL	Greatlakesquality@humana.com
SITIO WEB	**es-www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated**

Servicios de Protección para Adultos (APS, por sus siglas en inglés)

Los Servicios de Protección para Adultos (APS) sirven como punto de acceso para denunciar casos de maltrato, negligencia o explotación financiera de personas mayores de 60 años o adultos con discapacidades de 18 a 59 años. Los casos de maltrato, abandono y explotación se presentan de diversas formas. Algunos ejemplos son el maltrato físico (que causa dolor o lesiones), el maltrato sexual (actividad sexual con una persona que no puede o no quiere dar su consentimiento) y la explotación financiera (uso indebido o robo de los recursos de una persona). Las señales de advertencia pueden incluir lesiones inexplicables, pérdida de bienes o fondos, o una persona que parece sucia o vive en un entorno sucio a pesar de tener un cuidador. Un trabajador de casos de los APS investiga las denuncias a los APS de maltrato, negligencia o explotación. Si usted o alguien que conoce es víctima de maltrato, negligencia o explotación,

comuníquese con los APS. Si es necesario, su Coordinador de Cuidado de Humana puede brindarle ayuda para que se comunique con los APS.

TELÉFONO	1-866-800-1409, 1-888-206-1327 (TTY)
SITIO WEB	**www2.illinois.gov/aging/ProtectionAdvocacy/Pages/abuse.aspx**

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

Tenemos un programa de Mejora de la Calidad (QI) que se centra en el cuidado clínico y preventivo y en las funciones de servicio para afiliados del plan de salud. Tiene derecho a informarnos sobre los cambios que cree que deberíamos realizar.
Para informarnos sobre cambios u obtener una copia impresa del programa de Mejora de la Calidad (QI) de Humana, envíe una solicitud por correo electrónico a la siguiente dirección: Departamento de Cumplimiento y Acreditación de Operaciones de Calidad Humana, Informe de Progreso de QI, 321 West Main Street, WFP 20, Louisville, KY 40202, o llame a Servicios para Afiliados de Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 800-787-3311 (TTY: 711); Servicio para Afiliados está disponible los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y del lunes al viernes del 1 de abril al 30 de septiembre, 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita.

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

Introducción

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

Índice

A. Información sobre servicios y proveedores 36

B. Reglas para obtener servicios que cubre nuestro plan. 36

C. Su coordinador de cuidado. 37

C1. Qué es un coordinador de cuidado. 37

C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de cuidado 38

C3. Cómo puede cambiar a su coordinador de cuidado 38

D. Cuidado de proveedores 38

D1. Atención de un proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) 38

D2. Cuidado de especialistas y otros proveedores de la red 41

D3. Qué hacer cuando un proveedor de la red abandona nuestro plan 41

D4. Cómo recibir cuidados de proveedores fuera de la red 42

E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) 43

F. Servicios para la salud del comportamiento (salud mental y trastornos por consumo de sustancias) 43

G. Cómo obtener cuidados autocontrolados. 43

G1. Qué es el cuidado autodirigido 44

G2. Quién puede recibir cuidado autodirigido 44

G3. Cómo obtener ayuda para emplear proveedores de cuidado personal 44

H. Servicios de transporte 44

I. Servicios con cobertura en caso de emergencia médica, cuando se necesita urgentemente o durante un desastre 44

I1. Cuidado cuando tiene una emergencia médica 44

I2. Cuidado urgente 46

I3. Cuidado durante un desastre 48

J. Qué sucede si se le facturan directamente los servicios cubiertos 48

J1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios 48

K. Cobertura de los servicios de cuidado de la salud en un estudio de investigación clínica 49

K1. Definición de un estudio de investigación clínica 49

K2. Pago por servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica 49

K3. Más información sobre los estudios de investigación clínica 49

L. Qué cobertura tienen sus servicios de cuidado de la salud en una institución religiosa del cuidado de la salud sin carácter médico 50

L1. Definición de institución religiosa del cuidado de la salud sin carácter médico 50

L2. Obtener cuidado en una institución religiosa del cuidado de la salud sin carácter médico 50

M. Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) 50

M1. DME como afiliado de nuestro plan 50

M2. Propiedad del DME si cambia a Medicare Original u otro plan Medicare Advantage (MA) 51

M3. Beneficios de equipo de oxígeno como afiliado a nuestro plan 51

M4. Equipo de oxígeno si cambia a Medicare Original u otro plan Medicare Advantage (MA) 52

A. Información sobre servicios y proveedores

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

Los **proveedores** son médicos, profesionales de enfermería y otras personas que le brindan servicios y cuidados y están autorizados por el estado. Los proveedores también incluyen hospitales, agencias de cuidado de la salud en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de cuidado de la salud, salud conductual, equipo médico y servicios a largo plazo y ciertos apoyos (LTSS).

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

B. Reglas para obtener servicios que cubre nuestro plan

Nuestro plan cubre todos los servicios cubiertos por Medicare e Illinois Medicaid. Esto incluye servicios médicos, de salud conductual, así como servicios y apoyos a largo plazo (LTSS).

En general, nuestro plan cubrirá los servicios de cuidado de la salud, los servicios para la salud del comportamiento y los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) siempre que siga nuestras reglas. Para tener la cobertura del plan, se debe cumplir lo siguiente:

- El cuidado que recibe debe incluirse en nuestra Tabla de Beneficios Médicos en el **Capítulo 4** de este *Manual para Afiliados*.
- El cuidado debe ser **necesario por razones médicas.** Con “necesario por razones médicas”, nos referimos a que necesita servicios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye el cuidado que le evita ir a un hospital o a un hogar de ancianos. También significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica o son necesarios según las reglas actuales de cobertura de Medicare o Illinois Medicaid.
- Para los servicios médicos, debe tener un **proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)** que le proporcione y supervise su cuidado. Como afiliado al plan, debe elegir un proveedor de red para que sea su PCP (para obtener más información, vaya a la **Sección D1** de este capítulo).
    - Usted no necesita un referido de su PCP para el cuidado médico en casos de emergencia, cuidado urgente o para usar a un proveedor de salud de la mujer. Usted puede obtener otros tipos de cuidado sin tener un referido de su PCP. A fin de obtener más información, consulte la **Sección D del Capítulo 3** de este *Manual para Afiliados*.

- A fin de obtener más información sobre la elección de un proveedor de cuidado de la salud (PCP, por sus siglas en inglés), consulte la **Sección D del Capítulo 3** de este *Manual para Afiliados*.

- **Debe obtener su cuidado de proveedores de la red** (para obtener más información, vaya a la **Sección D** de este capítulo)**.** Por lo general, no cubriremos el cuidado de un proveedor que no trabaja con el plan de salud. Esto significa que deberá pagar al proveedor la totalidad de los servicios que le preste. Estos son algunos casos en los que esta regla no se aplica:
  - Cubrimos el cuidado de emergencia o urgencia de un proveedor fuera de la red (para obtener más información, diríjase a la **Sección I** de este capítulo).
  - Si necesita el cuidado que cubre nuestro plan y nuestros proveedores de red no pueden proporcionárselo, puede obtener el cuidado de un proveedor fuera de la red. Debe obtener la autorización del plan antes de buscar cuidado de un proveedor fuera de la red. Si quiere obtener información sobre cómo conseguir la aprobación para acudir a un proveedor fuera de la red, diríjase a la **Sección D4** de este capítulo.
  - Cubrimos los servicios de diálisis renal cuando se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan por un período breve o cuando su proveedor no está disponible o no es posible acceder a él de manera temporal. Los costos compartidos que pague al plan por la diálisis nunca podrán exceder los costos compartidos de Original Medicare. Si está fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, los costos compartidos no pueden exceder los que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y decide recibir servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, los costos compartidos de la diálisis pueden ser mayores. Si es posible, llame a Servicios para Afiliados al número de la parte inferior de la página antes de abandonar el área de servicio, de modo que podamos brindarle ayuda a fin de coordinar la diálisis de mantenimiento mientras está fuera.

C. Su coordinador de cuidado

C1. Qué es un coordinador de cuidado

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

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

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

Su coordinador de cuidado puede ayudarlo a mantenerse saludable al asegurarse de que usted y sus proveedores trabajen juntos con el fin de satisfacer todas sus necesidades de cuidado de la salud. Estamos aquí para ayudarlo a comprender y seguir las instrucciones y su plan de tratamiento. Al trabajar con usted,

su coordinador de cuidado también puede involucrar a otros profesionales de la salud como profesionales de enfermería, trabajadores sociales, servicios a largo plazo y especialistas en salud mental, este es su equipo de cuidado.

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

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

C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de cuidado

Para comunicarse con su coordinador de cuidado, llame a Servicios para Afiliados al 1-800-787-3311 (TTY: 711). Servicios para Afiliados está disponible los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Sin embargo, tenga en cuenta que nuestro sistema automático puede responder a su llamada fuera del horario normal, los fines de semana y los días festivos. Deje su nombre y número de teléfono y le devolveremos la llamada antes del final del próximo día hábil. Esta llamada es gratuita.

C3. Cómo puede cambiar a su coordinador de cuidado

Si desea cambiar su coordinador de cuidado, llame a Servicios para Afiliados al 1-800-787-3311 (TTY: 711). Servicios para Afiliados está disponible los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Esta llamada es gratuita.

D. Cuidado de proveedores

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

Puede elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) para que le proporcione y supervise su cuidado.

Definición de PCP y lo que un PCP hace por usted

Su Proveedor de Cuidado Primario (PCP).

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

En algunos casos, un especialista puede ser un PCP; llame a Servicios para Afiliados al 1-800-787-3311 (TTY: 711). Servicios para Afiliados está disponible los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. Visite **MyHumana.com** para obtener acceso a información como el historial de reclamos, la elegibilidad y la *Lista de Medicamentos* de Humana las 24 horas del día. Allí también puede utilizar la herramienta de búsqueda de médicos para obtener noticias e información sobre salud.

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

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

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

Su hogar médico

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

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

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

Su elección de PCP

Para obtener información sobre cómo elegir a su PCP, llame a Servicios para Afiliados al 1-800-787-3311 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora central. La llamada es gratuita. Visite **MyHumana.com** para obtener acceso a información como el historial de reclamos, la elegibilidad y la *Lista de Medicamentos* de Humana las 24 horas del día. Allí también puede utilizar la herramienta de búsqueda de médicos para obtener noticias e información sobre salud.

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

Opción para cambiar su PCP

Puede cambiar su PCP por cualquier razón y en cualquier momento. Además, es posible que su PCP abandone la red de nuestro plan. Con nuestra ayuda, podrá encontrar un nuevo PCP si el que tiene ahora abandona nuestra red.

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

Para encontrar los PCP, puede hacer lo siguiente:

- Consultar nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias.*
- Consultar nuestro sitio web en **es-www.humana.com/findadoctor.**
- Llamar a Servicios para Afiliados al 1-800-787-3311 (TTY: 711). Servicios para Afiliados está disponible los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita.

Si necesita una copia del *Directorio de Proveedores y Farmacias*, llame a Servicios para Afiliados al 1-800-787-3311 (TTY: 711). Servicios para Afiliados está disponible los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. Visite **MyHumana.com** para obtener acceso a información como el historial de reclamos, la elegibilidad y la *Lista de Medicamentos* de Humana las 24 horas del día. Allí también puede utilizar la herramienta de búsqueda de médicos para obtener noticias e información sobre salud.

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

Además, es posible que su PCP deje la red de proveedores de nuestro plan y tenga que encontrar uno nuevo. Puede llamarnos si necesita ayuda para elegir un PCP diferente. Asegúrese de informar a Servicios para Afiliados si actualmente está consultando a especialistas o a otros proveedores que requirieran un referido de su PCP anterior. Nos aseguraremos de que pueda continuar con cualquier servicio que ya se haya aprobado.

Su plan exige que tenga un PCP, pero no necesita un referido de su PCP para ver a otros médicos de la red o recibir los servicios cubiertos. En algunos casos, su PCP tendrá que solicitar una autorización previa (aprobación previa). **El Capítulo 4** contiene más información sobre qué servicios requieren autorización previa.

D2. Cuidado de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que presta servicios de cuidado de la salud para tratar una enfermedad específica o una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. Estos son algunos ejemplos:

- oncólogos que cuidan a los pacientes con cáncer.
- cardiólogos que cuidan a los pacientes con afecciones cardíacas.
- ortopedistas que cuidan a los pacientes con determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.

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

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

D3. Qué hacer cuando un proveedor de la red abandona nuestro plan

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

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos darle acceso ininterrumpido a proveedores acreditados.

- *Le notificaremos que su proveedor abandona nuestro plan para que tenga tiempo de elegir uno nuevo.*
  - Le notificaremos si su proveedor de cuidado primario o de salud del comportamiento abandona nuestro plan si acudió a ese proveedor en los últimos tres años.
  - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, se lo notificaremos si está asignado a ese proveedor, recibe cuidado de su parte actualmente o lo ha visitado en los últimos tres meses.
- *Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor acreditado dentro de la red para continuar gestionando sus necesidades de cuidado de la salud.*
- *Si está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que se le siga proporcionando el tratamiento o las terapias necesarios por razones médicas. Colaboraremos con usted para que pueda continuar recibiendo cuidados.*
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de afiliación disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- *Si no podemos encontrar un especialista acreditado de la red asequible para usted, debemos contratar a un especialista fuera de la red para que le proporcione su cuidado* cuando un proveedor o beneficio de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Es posible que se necesite autorización previa.
- Si cree que no hemos sustituido a su proveedor anterior por un proveedor acreditado o que no estamos administrando bien su cuidado, tiene derecho a presentar una queja de calidad del cuidado a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO), una queja formal de calidad de la atención, o ambas cosas. (Consulte el **Capítulo 9** para obtener más información).

D4. Cómo recibir cuidados de proveedores fuera de la red

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

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

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

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

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

Como afiliado a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP), puede recibir servicios en un centro de enfermería o puede ser elegible para una Exención de Servicios en el Hogar y Comunitarios (HCBS, por sus siglas en inglés) de Medicaid.

Los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) brindan ayuda a personas que necesitan asistencia para realizar tareas cotidianas, como bañarse, vestirse, preparar alimentos y tomar medicamentos. La mayoría de estos servicios se brindan en su hogar o en su comunidad, pero también podrían proporcionarse en un hogar de ancianos. Para obtener más información sobre los LTSS, comuníquese con su Coordinador de Cuidado.

Puede elegir qué proveedor/agencia desea que le proporcione los servicios y apoyos a largo plazo. Su coordinador de Cuidado de Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) revisará con usted una lista de agencias aprobadas para prestar servicios en su área de cobertura.

Si tiene algunas preguntas, puede llamarnos al 1-800-787-3311 (TTY: 711). Servicios para Afiliados está disponible los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.

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

Los servicios para la salud del comportamiento ayudan en las necesidades que pueda tener sobre el tratamiento en relación con la salud mental y la farmacodependencia. Esto puede incluir medicamentos, asesoramiento (terapia), apoyo social y educación. Este cuidado puede darse en un entorno comunitario, un programa diurno o en el consultorio médico, o en otro lugar que sea más fácil para usted, como su casa.

Si desea obtener servicios para la salud del comportamiento, llame a Servicios para Afiliados al 1-800-787-3311 (TTY: 711). Servicios para Afiliados está disponible los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. Visite **MyHumana.com** para obtener acceso a información como el historial de reclamos, la elegibilidad y la *Lista de Medicamentos* de Humana las 24 horas del día. Allí también puede utilizar la herramienta de búsqueda de médicos para obtener noticias e información sobre salud.

G. Cómo obtener cuidados autocontrolados

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

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

- Debe completar y enviar toda la documentación necesaria a la oficina local del Programa de Servicios a Domicilio (HSP, por sus siglas en inglés) antes del inicio del empleo del PA. Esto incluye información en los paquetes de Afiliado y PA.
- Debe seleccionar un PA que tenga la capacidad física para realizar las tareas bajo su dirección, y el PA no podrá padecer una afección médica que se vea agravada por los requisitos del trabajo.

- Debe proporcionar una copia y revisar su Plan de Servicio de Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) con su PA para que comprenda sus necesidades y las horas aprobadas.
- Revisará la Hoja de Horario con su PA para ver la exactitud de toda la información antes de entregarla, y solo aprobará las horas realmente trabajadas por el PA para el pago.
- Las Hojas de Horario no se firmarán previamente ni se enviarán antes del último día trabajado en un período de facturación.
- Complete el formulario del Último Día de Empleo del PA (en su paquete) y envíelo a la oficina del HSP cuando termine cualquier empleo de un PA.
- Notifique a la oficina del HSP en un plazo de 24 horas cualquier incidente que dé como resultado lesiones del PA durante el trabajo.
- Complete el formulario de Reporte de Lesiones a un Proveedor (en su paquete) y envíelo por correo o fax a la oficina del HSP dentro de las 24 horas posteriores a la notificación.

G1. Qué es el cuidado autodirigido

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

G2. Quién puede recibir cuidado autodirigido

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

G3. Cómo obtener ayuda para emplear proveedores de cuidado personal

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

H. Servicios de transporte

- **Si tiene una emergencia médica, llame al 911**
- Llame al 911 si necesita transporte de emergencia. No necesita aprobación previa en caso de emergencia.
- Este plan no cubre los servicios de ambulancia terrestre que no sean de emergencia. **Otros servicios de transporte están cubiertos.**
- Si necesita transporte para acudir a su visita de cuidado de la salud o a lugares aprobados por el plan, llame al 1-855-253-6867. (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora central. Esta llamada es gratuita.

I. Servicios con cobertura en caso de emergencia médica, cuando se necesita urgentemente o durante un desastre

I1. Cuidado cuando tiene una emergencia médica

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

médica inmediata, usted o cualquier persona con un conocimiento promedio de la salud y la medicina podría esperar que dé como resultado lo siguiente:

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

Si tiene una emergencia médica, haga lo siguiente:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame a una ambulancia si lo necesita. Usted *no* necesita obtener una aprobación ni un referido de su PCP. No es necesario usar un proveedor de la red. Puede recibir cuidado médico de emergencia cubierto cuando lo necesite, en cualquier lugar de EE. UU. y sus territorios o de cualquier parte del mundo, y de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada, incluso si no es parte de nuestra red.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de hacer que nuestro plan tenga conocimientos de su emergencia.** Necesitamos hacer un seguimiento de su cuidado médico en casos de emergencia. Usted u otra persona deberán llamar para brindarnos información sobre su cuidado médico en casos de emergencia, en general, dentro de las 48 horas. Sin embargo, no tendrá que pagar por los servicios de emergencia debido a un retraso en informarnos. Llamar a Servicios para Afiliados al 1-800-787-3311 (TTY: 711). Servicios para Afiliados está disponible los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita.

Servicios cubiertos en caso de emergencia médica

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

con el expediente médico para que consideremos el pago. El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país NO está cubierto. Los tratamientos preprogramados y planificados (incluido el tratamiento para una afección continua) y/o procedimientos electivos NO están cubiertos.

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

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

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

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

A veces, es difícil saber si tiene una emergencia médica o una emergencia relacionada con la salud del comportamiento. Es posible que acuda al cuidado médico en casos de emergencia y que el médico le diga que no fue realmente una emergencia médica. Siempre y cuando usted razonablemente pensara que su salud estaba en grave peligro, cubriremos sus gastos médicos.

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

- va a un proveedor de la red, **o**
- el cuidado adicional que recibe se considera “cuidado urgente” y usted sigue las reglas para obtener este cuidado. (Consulte la siguiente sección).

I2. Cuidado urgente

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

Cuidado urgente cuando se encuentra en el área de servicio del plan

En la mayoría de las situaciones, cubriremos el cuidado urgente *solo* si:

- recibe este cuidado de un proveedor de la red, **y**
- luego, sigue las demás reglas descritas en este capítulo.

Sin embargo, si no es posible ni razonable llegar a un proveedor de red, debido a la hora, el lugar o las circunstancias, cubriremos el cuidado de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

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

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

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

   O BIEN

2. Para obtener más información, llame a la línea de asesoramiento de enfermería al 833-200-9490 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

   O BIEN

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

Cuidado de urgencia fuera del área de servicio de nuestro plan

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

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

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

I3. Cuidado durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el secretario de salud y servicios humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declaran el estado de desastre o emergencia en su área geográfica, sigue teniendo derecho a recibir cuidado de nuestro plan.

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

Durante un desastre declarado, si no puede usar un proveedor de red, puede obtener cuidado de proveedores fuera de la red sin costo alguno. Si no puede acceder a una farmacia de la red durante un desastre declarado, podrá surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** para obtener más información.

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

Si un proveedor le envía una factura a usted en lugar de enviarla al plan, puede solicitarnos que la paguemos.

Si ha pagado por sus servicios cubiertos o ha recibido una factura por servicios médicos cubiertos, consulte la **Sección A del Capítulo 7** de este *Manual para Afiliados* a fin de saber qué hacer.

No debe pagar la factura por su cuenta. Si lo hace, es posible que el plan no pueda reembolsarle el dinero.

J1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios

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

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

Si recibe servicios que nuestro plan no cubre, **debe pagar el costo completo por su cuenta.**

Si usted quiere saber si vamos a pagar por cualquier servicio o cuidado médico, usted tiene el derecho de preguntarnos. También tiene derecho a solicitarlo por escrito. Si decimos que no pagaremos por los servicios, usted tiene el derecho de apelar nuestra decisión.

En el **Capítulo 9, Sección E** de este *Manual para Afiliados*, se explica qué hacer si desea que el plan cubra un artículo o servicio médico. También se indica cómo apelar la decisión de cobertura del plan. También puede llamar a Servicios para Afiliados a fin de obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Pagaremos por algunos servicios hasta un cierto límite. Si supera el límite, tendrá que pagar el costo completo para obtener más de ese tipo de servicio. Consulte el **Capítulo 4** para conocer los límites de beneficios específicos. Llame a Servicios para Afiliados a fin de averiguar cuáles son los límites y qué tan cerca está de alcanzarlos.

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

K1. Definición de un estudio de investigación clínica

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

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

Lo animamos a que nos avise antes de participar en un estudio de investigación clínica.

Si tiene previsto participar en un estudio de investigación clínica, usted o su coordinador de cuidado deben comunicarse con Servicios para Afiliados e informarnos que estará en un ensayo clínico.

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

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

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

Si forma parte de un estudio que Medicare **no ha aprobado**, tendrá que pagar los costos por participar en el estudio.

K3. Más información sobre los estudios de investigación clínica

Para obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, lea el documento “Medicare & Clinical Research Studies”, que se encuentra en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

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

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

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

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

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

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

- El centro que proporciona el cuidado debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de los servicios que recibe de nuestro plan se limita a los aspectos *no religiosos* del cuidado.
- Si recibe servicios por parte de esta institución en un centro:
  - Debe tener una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos para el cuidado de hospitalización o el cuidado en un centro de enfermería especializada;
  - Debe obtener la aprobación de nuestro plan antes de ingresar al centro; de lo contrario, **no** se cubrirá su estadía.

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

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

M1. DME como afiliado de nuestro plan

DME significa ciertos artículos solicitados por un proveedor para el uso en su propia casa. Algunos ejemplos de estos artículos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros

para diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso doméstico, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

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

Mientras que otros tipos de DME deben alquilarse. Como afiliado a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP), por lo general, **no** adquirirá la propiedad del equipo alquilado, independientemente de la duración del alquiler.

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

M2. Propiedad del DME cuando se cambia a Medicare Original o a Medicare Advantage

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

Tendrá que hacer 13 pagos seguidos bajo Medicare Original o tendrá que hacer el número de pagos seguidos establecido por el plan Medicare Advantage, para ser propietario de DME si:

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

Si realizó pagos por el DME bajo Medicare Original o un plan Medicare Advantage antes de unirse a nuestro plan, **esos pagos del plan Medicare Original o Medicare Advantage no cuentan para los 13 pagos que debe hacer después de abandonar nuestro plan.**

- Tendrá que hacer 13 nuevos pagos seguidos bajo Medicare Original o una serie de nuevos pagos seguidos establecidos por el plan Medicare Advantage para poseer el DME.
- No hay excepciones a este caso cuando regrese a Medicare Original o a un plan Medicare Advantage.

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

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

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

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

M4. Equipo de oxígeno cuando cambie al plan Medicare Original o Medicare Advantage (MA)

Cuando el equipo de oxígeno sea necesario por razones médicas y **usted abandone nuestro plan y se cambie a Medicare Original**, lo alquilará a un suministrador durante 36 meses, y su proveedor debe proporcionarle: Sus pagos mensuales de alquiler cubren el equipo de oxígeno y los suministros y servicios mencionados anteriormente.

Si el equipo de oxígeno es necesario por razones médicas **después de alquilarlo durante 36 meses**:

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

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

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

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

Capítulo 4: Tabla de Beneficios

Introducción

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

Índice

A. Sus servicios con cobertura 54

B. Reglas contra los proveedores que le cobran por sus servicios. 54

C. Acerca de la Tabla de Beneficios de nuestro plan 54

D. La Tabla de Beneficios de nuestro plan. 60

E. Servicios de Exención 110

F. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan 112

F1. Transporte que no es de emergencia 112

G. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare ni Illinois Medicaid 112

A. Sus servicios con cobertura

Este capítulo le indica qué servicios cubre nuestro plan. También puede obtener información sobre los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de los medicamentos se encuentra en la **Sección B del Capítulo 5** de este *Manual para Afiliados*. En este capítulo también se explican los límites de algunos servicios.

Ya que recibe asistencia de Illinois Medicaid, no pagará nada por los servicios cubiertos, siempre y cuando siga las reglas de los planes. Consulte la **Sección B del Capítulo 3** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener detalles sobre las reglas del plan.

Si necesita ayuda para entender qué servicios están cubiertos, llame a los Servicios para Afiliados a los números que se encuentran en la parte inferior de la página.

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

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

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

C. Información sobre la Tabla de Beneficios de nuestro plan

La Tabla de Beneficios le indica cuáles son los servicios por los que paga el plan. Enumera los servicios cubiertos en orden alfabético y los explica.

Pagamos los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios solo cuando se cumplen las siguientes reglas.

Usted **no** pagará nada por los servicios enumerados en la tabla de beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

- Ofrecemos servicios cubiertos por Medicare e Illinois Medicaid de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare e Illinois Medicaid.
- Los servicios (incluidos el cuidado médico, los servicios de salud conductual y por consumo de sustancias, los servicios y apoyos a largo plazo, los suministros, el equipo y los medicamentos) deben ser “necesarios por razones médicas”. “Necesario por razones médicas” describe los servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye el cuidado que le impide ir a un hospital o a un centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica o son necesarios según las reglas actuales de cobertura de Medicare o Illinois Medicaid.

- Para los nuevos afiliados, durante los primeros 90 días es posible que no le solicitemos que obtenga la aprobación por adelantado para cualquier curso activo de tratamiento, incluso si el tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe su cuidado de un proveedor de la red. Un proveedor de red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, el cuidado que reciba de un proveedor fuera de la red no se cubrirá, a menos que se trate de un cuidado de urgencia o de emergencia, o a menos que su plan o un proveedor de la red le haya dado una autorización. **El Capítulo 3, Sección D** de este *Manual para Afiliados* contiene más información sobre el uso de proveedores de la red y fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de cuidado primario (PCP) o un equipo de cuidado que proporciona y supervisa su cuidado.
- Cubrimos algunos servicios enumerados en la Tabla de Beneficios solo si su médico obtiene nuestra aprobación primero. Esto se denomina autorización previa (PA, por sus siglas en inglés). Marcamos los servicios cubiertos en la Tabla de Beneficios que necesitan PA con un asterisco (*). Además, debe obtener la PA para los siguientes servicios que no se enumeran en la Tabla de Beneficios:

  Diagnóstico y pruebas cardíacas

  Biopsia de cáncer de mama (escisión)

  Cápsula endoscópica

  Cateterización cardíaca

  Tomografía computarizada

  EGD

  Electrofisiología (EPS) con o sin mapeo

  Registrador de bucle

  Diagnóstico molecular/pruebas genéticas

  Imagen por resonancia magnética y angiografías (MRI/MRA, por sus siglas en inglés)

  Imágenes de perfusión miocárdica

  Prueba de tensión nuclear

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

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

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

Ecocardiograma transesofágico (TEE, por sus siglas en inglés)

Control del dolor

Inyecciones epidurales de esteroides

Inyecciones facetarias

Implantes de bomba de analgesia

Estimuladores de la médula espinal

Cirugías espinales: fusión espinal, descompresión, cifoplastía y vertebroplastía

Cirugías/procedimientos

Abdominoplastia

Ablación: cardíaca, ósea, hepática, renal y prostática

Artroscopia: cadera, rodilla y hombro

Blefaroplastia

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

Descompresión del nervio periférico (túnel carpiano)

Cirugías de pie: exostectomía y dedo de martillo

Biopsia pulmonar y resección

Angioplastia coronaria ambulatoria/stent

Cirugías de obesidad

Oral, ortognática, otoplastia

Implante de pene

Revascularización periférica (aterectomía/angioplastia)

Cirugía para la apnea obstructiva del sueño

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

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

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

Cirugías de la tiroides

Cirugías de trasplante

Vena varicosa: Tratamiento quirúrgico y escleroterapia

Otros servicios

Estimuladores del crecimiento óseo

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

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

Implantes cocleares y auditivos del tronco cerebral

Dispositivos cardíacos portátiles

Estimulación magnética transcraneal (servicio MH/SUD)

Estimulación gástrica

Chalecos de compresión del pecho de alta frecuencia

Salud en el hogar/Infusión en el hogar

Terapia hiperbárica

Estimuladores neuromusculares

Ventiladores domésticos no invasivos

Ortesis/prótesis

Radioterapia

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

Información Importante sobre Beneficios para Afiliados con Ciertas Afecciones Crónicas

- Si usted tiene alguna de las afecciones crónicas que se enumeran a continuación y cumple con ciertos criterios médicos, puede ser elegible para beneficios adicionales a través del subsidio de Healthy Options:
- Los afiliados que hayan sido diagnosticados con una o más afecciones crónicas elegibles identificadas a continuación y que tienen una reclamación médica con Humana con una fecha de

servicio con fecha del 1/1/2021 o posterior que refleje dicho diagnóstico pueden ser elegibles para recibir beneficios adicionales a través del subsidio de Healthy Options.

- Trastornos autoinmunes
- Cáncer
- Trastornos cardiovasculares
- Afecciones asociadas con el deterioro cognitivo
- Afecciones que presentan desafíos funcionales
- Consumo crónico de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias
- Afecciones mentales crónicas e incapacitantes
- Enfermedad gastrointestinal crónica
- Insuficiencia cardíaca crónica
- Hiperlipidemia crónica
- Hipertensión crónica
- Enfermedad renal crónica
- Trastornos pulmonares crónicos
- Demencia
- Diabetes mellitus
- VIH/SIDA
- Trastornos neurológicos
- Trasplante de órganos
- Trastornos hematológicos graves
- Derrame cerebral

- En algunos casos, los afiliados pueden ser elegibles luego de realizar una Evaluación de Riesgos de Salud (HRA, por sus siglas en inglés) e indicar un diagnóstico de una o más afecciones crónicas elegibles.
- Consulte la fila “Ayuda con ciertas afecciones crónicas” de la Tabla de Beneficios para obtener más información.
- Comuníquese con nosotros para obtener información adicional.

Información Importante sobre Beneficios para Afiliados con Afecciones Crónicas

Si le diagnostican una o más de las afecciones crónicas enumeradas a continuación y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para recibir beneficios suplementarios especiales destinados a enfermos crónicos.

Los afiliados identificados como portadores de una o más de las siguientes afecciones médicas complejas mediante un reclamo médico, aquellos que se consideran de alto riesgo de hospitalización y quienes están inscritos y participan en un programa de gestión del cuidado pueden recibir beneficios adicionales a través de la Asistencia para el Cuidado de Afecciones Crónicas.

Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (SUD, por sus siglas en inglés)

Trastornos autoinmunes

Cáncer

Trastornos cardiovasculares

Fallo cardiaco congestivo

Demencia

Diabetes mellitus

Enfermedad renal crónica

Trastornos hematológicos (de la sangre) graves

VIH/SIDA

Trastornos pulmonares crónicos

Trastornos mentales crónicos incapacitantes

Trastornos neurológicos

Derrame cerebral

Cuidado posterior al trasplante de órganos

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

Los servicios que aparecen a continuación y que incluyen (Illinois Medicaid) en el nombre del servicio son servicios cubiertos por Medicaid que están incluidos en nuestro plan en virtud de nuestro acuerdo con HealthChoice Illinois Medicaid. Debe estar afiliado a nuestro plan HealthChoice Illinois Medicaid para recibir estos servicios cubiertos por Medicaid en virtud de nuestro plan. Si no está afiliado a nuestro plan HealthChoice Illinois Medicaid, no podrá recibir estos servicios de HealthChoice Illinois Medicaid en virtud de nuestro plan.

D. La Tabla de Beneficios

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Prueba de detección del aneurisma aórtico abdominal Nuestra empresa paga por una única ecografía para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si usted presenta determinados factores de riesgo y si su médico, asistente médico, profesional de enfermería practicante o especialista en enfermería clínica lo refiere a un especialista.	$0
Acupuntura Nuestra empresa paga hasta 20 consultas por año calendario en casos de dolor lumbar crónico, definido de la siguiente manera: • Con una duración de 12 semanas o más; • No específico (no tiene una causa sistémica que pueda identificarse, como no asociada con enfermedades metastásicas, inflamatorias o infecciosas) • No asociado con la cirugía; **y** • No asociado con el embarazo Es posible que no reciba más de 20 tratamientos de acupuntura para el dolor lumbar crónico cada año. Los tratamientos de acupuntura deben interrumpirse si su condición no mejora o si esta empeora. Los médicos (tal y como se definen en la Sección 1861[r][1] de la Ley de la Seguridad Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA), los profesionales de enfermería practicantes (NP, por sus siglas en inglés), los profesionales de enfermería clínica especializados (CNS, por sus siglas en inglés) (tal como se identifican en la Sección 1861[aa] [5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales aplicables y tienen lo siguiente: • un título de máster o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine (ACAOM); y • una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para ejercer la acupuntura en un Estado, Territorio o Mancomunidad (es decir, **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Acupuntura (continuación) • Puerto Rico) de los Estados Unidos o en el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, un PA, un NP o un CNS conforme a nuestra reglamentación en §§ 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés). Su plan también permite que un proveedor con licencia para realizar acupuntura reciba los servicios. * Es posible que se necesite autorización previa.	
Prueba de detección y asesoramiento sobre el abuso del alcohol Pagamos por una prueba de detección de uso indebido del alcohol para adultos que abusan del alcohol, pero no son dependientes del alcohol. Esto incluye mujeres embarazadas. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, puede recibir hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento presencial cada año (si se encuentra en condiciones y está alerta durante el asesoramiento) con un proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) elegible o un profesional médico en un centro de cuidado primario.	$0
Servicios de Alergia (Illinois Medicaid) * Consultas médicas * Prueba de alergia: * Inyecciones de desensibilización (Inmunoterapia) Debe estar afiliado a nuestro plan HealthChoice Illinois Medicaid para recibir estos servicios Cubiertos por Medicaid en virtud de nuestro plan. Si no está afiliado a nuestro plan HealthChoice Illinois Medicaid, no podrá recibir estos servicios de HealthChoice Illinois Medicaid en virtud de nuestro plan.	$0
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia con cobertura, ya sea en situaciones de emergencia o no, incluyen traslado por tierra y aire (avión y helicóptero) y servicios de ambulancia. La ambulancia lo llevará al lugar más cercano que le pueda brindar cuidado. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar al centro de cuidados puedan poner en riesgo su salud o su vida.	$0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Consulta anual de bienestar Puede obtener un examen médico anual. Esta consulta sirve para elaborar o actualizar un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. Cubrimos este examen una vez cada 12 meses. **Tenga en cuenta lo siguiente:** Su primera consulta anual de bienestar no puede tener lugar dentro de los 12 meses posteriores a su consulta preventiva de **"Bienvenida a Medicare"**. Sin embargo, no es necesario haber asistido a la visita de "**Bienvenida a Medicare"** para que se cubran las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	$0
Medición de la masa ósea Cubrimos ciertos procedimientos para afiliados elegibles (generalmente, personas con riesgo de perder masa ósea o de padecer osteoporosis). En estos procedimientos se identifica la masa ósea, se detecta la pérdida ósea o se averigua la calidad de los huesos. Cubrimos estos servicios una vez cada 24 meses o con mayor frecuencia si es necesario por razones médicas. También cubrimos la consulta con un médico para que observe y comente los resultados.	$0
Prueba de detección del cáncer de mama (mamografías) Cubrimos los siguientes servicios: • una mamografía de referencia entre los 35 y los 39 años • una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses	$0
Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) Cubrimos servicios de rehabilitación cardíaca, entre los que se incluyen el ejercicio, la educación y el asesoramiento. Los afiliados deben cumplir ciertas condiciones y contar con el referido de un médico. También cubrimos programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca normales. * Es posible que se necesite autorización previa.	$0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Consulta de reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (del corazón) (tratamiento de enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta al año, o más si es necesario por razones médicas, con su proveedor de cuidado primario (PCP) para ayudar a reducir su riesgo de sufrir una enfermedad cardíaca. Durante la consulta, su médico puede hacer lo siguiente: • analizar el uso de aspirinas, • comprobar su presión arterial **y/o** • darle consejos para asegurarse de que esté comiendo bien.	$0
Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares (del corazón) Cubrimos los análisis de sangre para comprobar enfermedades cardiovasculares una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también comprueban si existen defectos debido a un alto riesgo de sufrir una enfermedad cardíaca.	$0
Pruebas de detección del cáncer de cuello uterino y de vagina Cubrimos los siguientes servicios: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Para mujeres con alto riesgo de padecer cáncer de cuello uterino o vaginal: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses • Para mujeres que han tenido un examen de Papanicolau anormal en los últimos 3 años y que están en edad reproductiva: un examen de Papanicolau cada 12 meses	$0
Servicios quiroprácticos Cubrimos los siguientes servicios: • ajustes de columna vertebral a su alineación correcta * Es posible que se necesite autorización previa.	$0
Servicios de gestión y tratamiento del dolor crónico Servicios mensuales con cobertura para personas con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir la evaluación del dolor, el manejo de medicamentos y la coordinación y planificación del cuidado.	$0 Los costos compartidos de este servicio variarán en función de los servicios individuales que se presten en el curso del tratamiento.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Prueba de detección del cáncer colorrectal Cubrimos los siguientes servicios: • La colonoscopía no tiene límite mínimo ni máximo de edad y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no presenten un alto riesgo o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no presenten un alto riesgo de cáncer colorrectal, así como una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopía de detección o un enema opaco previos. • La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años en adelante que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal tiene cobertura después de transcurridos los 59 meses posteriores al mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada, o 47 meses después del mes en el que se realizó la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. En el caso de los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede pagar el costo de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada, como mínimo, 23 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años en adelante. Una vez cada 120 meses para pacientes sin alto riesgo después de que se hayan sometido a una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo después de la última sigmoidoscopia, colonografía por tomografía computada o enema de bario. • Pruebas de detección de sangre fecal oculta para pacientes de 45 años en adelante. Una vez cada 12 meses. • Pruebas de ADN en heces multiobjetivo para pacientes entre los 45 y los 85 años de edad que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes entre los 45 y 85 años de edad que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una colonoscopía de detección de seguimiento después de que una prueba de detección no invasiva del cáncer colorrectal basada en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) • Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible o una colonoscopia de detección planificadas que implican la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento realizado en relación con la prueba de detección, como resultado de ella y en la misma consulta clínica.	
Servicios dentales Ciertos servicios dentales, como limpiezas, empastes y dentaduras postizas, se ofrecen mediante el Programa Dental de Medicaid de Illinois. Pagamos por algunos servicios dentales cuando el servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de una persona. Algunos ejemplos son la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones dentales como preparación para la radioterapia del cáncer de mandíbula o los exámenes orales previos al trasplante de órganos. El plan cubre hasta **$500** de subsidio por año para servicios dentales preventivos y completos no cubiertos por Medicare. Usted es responsable de cualquier monto que supere el límite de cobertura dental. Toda cantidad no utilizada al final del año vencerá. Su beneficio se puede utilizar para la mayoría de los tratamientos dentales, tales como: • Servicios dentales preventivos, como exámenes, limpiezas de rutina, etc. • Servicios dentales básicos, como empastes, extracciones, etc. • Servicios dentales mayores, como raspado periodontal, coronas, dentaduras postizas, conductos radiculares, puentes, etc. Tenga en cuenta lo siguiente: El subsidio no puede utilizarse en flúor, servicios cosméticos e implantes. * Es posible que se necesite autorización previa.	$0
Prueba de detección de la depresión Cubrimos una prueba de detección de depresión cada año. La prueba de detección debe realizarse en un centro de cuidado primario que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento y/o referidos.	$0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba de detección (incluidas las pruebas de glucosa en ayunas) en el caso de que usted tenga alguno de los siguientes factores de riesgo: • presión arterial alta (hipertensión) • antecedentes de niveles anómalos de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • obesidad • antecedentes de azúcar en sangre alta (glucosa) Las pruebas pueden estar cubiertas en algunos otros casos, como si tiene sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Puede ser elegible para hasta 2 pruebas de detección de diabetes cada 12 meses luego de la fecha de la prueba de detección más reciente.	$0
Capacitación, servicios y suministros para el autocontrol de la diabetes Cubrimos los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que usen insulina o no): Suministros para controlar la glucosa en sangre, incluidos los siguientes: • un monitor de glucosa en sangre; • tiras reactivas para medir la glucosa en sangre; • dispositivos de lanceta y lancetas; • soluciones de control de la glucosa para comprobar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. Estas son las únicas marcas cubiertas (preferidas) de monitores de glucosa en sangre y tiras reactivas: ACCU-CHEK® fabricado por Roche o productos Trividia que a veces vienen empaquetados bajo el nombre de su farmacia. Humana cubre todos los medidores de glucosa en sangre y las tiras reactivas que se especifican en la lista de marcas preferidas ya mencionada. En general, los productos alternativos de marcas no preferidas no tienen cobertura, a menos que su médico proporcione información adecuada de que el uso de una marca alternativa es necesario por razones médicas en su caso específico. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Capacitación, servicios y suministros para el autocontrol de la diabetes (continuación) Si es nuevo en Humana y está utilizando una marca de medidor de glucosa en sangre y tiras reactivas que no se encuentra en la lista de marcas preferidas, puede comunicarse con nosotros dentro de los primeros 90 días luego de su afiliación al plan para solicitar un suministro temporal de la marca alternativa no preferida. Durante este tiempo, deberá hablar con su médico para decidir si alguna de las marcas preferidas de productos que se enumeran anteriormente es médicamente apropiada para usted. Los productos de marcas no preferidas no tendrán cobertura después de los primeros 90 días de cobertura sin que se apruebe una autorización previa para una excepción • Para las personas con diabetes que tienen enfermedad grave del pie diabético, el plan cubrirá lo siguiente: ○ un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidos las plantillas), incluido el ajuste, y dos pares adicionales de insertos cada año calendario **o** ○ un par de zapatos profundo (incluido el ajuste) y tres pares de insertos cada año (no incluye las plantillas extraíbles no personalizadas suministrados con dichos zapatos) • En algunos casos, pagamos por la capacitación para ayudarle a tratar la diabetes. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Afiliados. • Para conocer los Monitores Continuos de Glucosa, consulte Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados. El (servicio preventivo) solo se aplica a la capacitación para el autocontrol de la diabetes. * Es posible que se necesite autorización previa.	

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Equipo Médico Duradero y suministros relacionados Consulte el **Capítulo 12** de este *Manual para Afiliados* para obtener una definición de "Equipo médico duradero (DME)". Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • sillas de ruedas; • muletas; • sistemas de colchón eléctrico; • suministros para diabéticos; • camas de hospital solicitadas por un proveedor para usar en el hogar; • bombas de infusión intravenosa (IV) y soporte; • dispositivos de generación de voz; • equipos y suministros de oxígeno; • nebulizadores; • monitores continuos de glucosa**; • andadores; • mango curvo estándar o caña cuádruple y suministros de repuesto; • equipo de tracción cervical (sobre la puerta); • estimulador óseo; • equipo de cuidado de diálisis. Existen otros artículos que pueden tener cobertura. Junto con este *Manual para Afiliados*, le enviamos la lista de DME de nuestro plan. En la lista se informan las marcas y fabricantes de DME que cubrimos. También puede encontrar la lista más reciente de marcas, fabricantes y suministradores en nuestro sitio web: **es-Humana.com/findadoctor**. Por lo general, nuestro plan cubre cualquier DME que tenga cobertura de Medicare y Medicaid de las marcas y fabricantes de esta lista. No cubrimos otras marcas y fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos informe que son necesarios. Si acaba de afiliarse a nuestro plan y usa una marca de DME que no está en nuestra lista, continuaremos pagando por esta marca hasta, como máximo, 90 días. Durante este tiempo, hable con su médico para decidir qué marca es la más adecuada para usted por razones médicas después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que le dé un referido a fin de obtener una segunda opinión). **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0 Sus costos compartidos no cambiarán después de estar afiliado durante 36 meses. Medicare Original exige que un suministrador de oxígeno le proporcione servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses, deberá alquilar el equipo. Durante los 24 meses restantes, el suministrador proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de 5 años, puede elegir quedarse en la misma empresa o irse a otra. En ese momento, el ciclo de 5 años comienza de nuevo, incluso si permanece en la misma empresa, y nuevamente deberá pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe o se da de baja de nuestro plan, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Equipo Médico Duradero y suministros relacionados (continuación) Si usted (o su médico) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, puede presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su médico sobre qué producto o marca es adecuado para su afección médica. A fin de obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados*. **Los Monitores Continuos de Glucosa Preferidos (CGM, por sus siglas en inglés) están cubiertos en las farmacias. Los CGM preferidos son Dexcom y Freestyle Libre. Los CGM no preferidos no están cubiertos por una farmacia, a menos que su médico proporcione información adecuada de que el uso de una marca alternativa es necesario por razones médicas. Todos los CGM continuarán estando cubiertos a través de proveedores de equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés). * Es posible que se necesite autorización previa.	
Cuidado médico en casos de emergencia El cuidado médico en casos de emergencia son los servicios que cumplen con las siguientes características: • los proporciona un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia, **y** • son necesarios para evaluar o tratar una emergencia médica. Una emergencia médica puede ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente. Este tipo de afección debe ser tan grave que, de no recibir atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio de la salud y la medicina podría esperar que dé como resultado uno de los siguientes problemas: • riesgo grave para su vida o la de su hijo no nacido; **o** • daños graves a las funciones corporales; **o** • pérdida de una extremidad o pérdida de función de una extremidad. • En el caso de una mujer embarazada en parto activo, en los siguientes casos: ○ No hay tiempo suficiente para trasladarla de forma segura a otro hospital antes del parto. ○ El traslado a otro hospital puede representar un riesgo para su salud o seguridad o la del feto. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0 Si recibe cuidado médico en casos de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidado para pacientes hospitalizados después de que se estabiliza la emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que se le siga pagando el cuidado. Usted puede permanecer en el hospital fuera de la red de su cuidado para pacientes hospitalizados solo si el plan aprueba su estadía.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Cuidado médico en casos de emergencia (continuación) Los costos compartidos de los servicios de emergencia necesarios que se prestan fuera de la red son los mismos que los de que se prestan dentro de la red. Tiene cobertura para cuidado médico en casos de emergencia en todo el mundo. Si tiene una emergencia fuera de EE. UU. y sus territorios, será responsable de pagar por adelantado los servicios prestados. Debe presentar un comprobante de pago a Humana para su reembolso. Es posible que no le reembolsemos todos sus gastos de desembolso personal. Esto se debe a que nuestras tarifas contratadas pueden ser inferiores a las tarifas de proveedores fuera de EE. UU. y sus territorios. Usted es responsable de cualquier costo que exceda nuestras tarifas contratadas, así como de cualquier costo compartido aplicable para afiliados.	
Servicios de planificación familiar La ley le permite elegir a cualquier proveedor, ya sea un proveedor de red o un proveedor fuera de la red, para obtener ciertos servicios de planificación familiar. Esto incluye cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar. Cubrimos los siguientes servicios: • examen de planificación familiar y tratamiento médico • laboratorio de planificación familiar y pruebas de diagnóstico • métodos de planificación familiar (anticonceptivos intrauterinos/DIU, implantes, inyecciones, píldoras, parches o anillos anticonceptivos) • suministros de planificación familiar recetados (condón, esponja, espuma, film, diafragma, tapón) • asesoramiento y diagnóstico de infertilidad, y servicios relacionados; • asesoramiento, pruebas y tratamiento para infecciones de transmisión sexual (ITS) • asesoramiento y pruebas de detección del VIH y el sida, y otras afecciones relacionadas con el VIH; • anticoncepción permanente (debe tener 21 años o más para elegir este método de planificación familiar. Deberá firmar un formulario de consentimiento federal de esterilización al menos 30 días, pero no más de 180 días, antes de la fecha de la cirugía). • asesoramiento genético **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Servicios de planificación familiar (continuación) • suplementos de ácido fólico y vitaminas prenatales recetados y dispensados por una farmacia. También cubrimos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, debe utilizar un proveedor de nuestra red para los siguientes servicios: • tratamiento para afecciones médicas de infertilidad (este servicio no incluye formas artificiales de quedar embarazada).* • servicios de preservación de la fertilidad; • tratamiento del SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH • pruebas genéticas* * Es posible que se necesite autorización previa.	
Servicios de reafirmación de género (Medicaid de Illinois) Para los afiliados con diagnóstico de disforia de género, el plan cubre los servicios de reafirmación de género. Debe estar afiliado a nuestro plan HealthChoice Illinois Medicaid para recibir estos servicios Cubiertos por Medicaid en virtud de nuestro plan. Si no está afiliado a nuestro plan HealthChoice Illinois Medicaid, no podrá recibir estos servicios de HealthChoice Illinois Medicaid en virtud de nuestro plan. * Es posible que se necesite autorización previa.	$0
Programas de capacitación sobre la salud y el bienestar Estos programas se centran en afecciones de la salud, como la presión arterial alta, el colesterol, el asma y las dietas especiales. Los programas diseñados para enriquecer la salud y el estilo de vida de los afiliados incluyen el control del peso, la aptitud física y el manejo del estrés. Este plan ofrece materiales y herramientas de educación acerca de la salud en línea e impresos, asesoramiento nutricional y programas de manejo de enfermedades.	$0
Servicios para la audición Cubrimos las pruebas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor. Estas pruebas le informan si necesita tratamiento médico. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Servicios para la audición (continuación) Están cubiertos como cuidado ambulatorio cuando los recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor elegible. El plan también cubre lo siguiente: • pruebas básicas y avanzadas de la audición; • asesoramiento sobre audífonos; • ajuste y evaluación de los audífonos; • audífonos una vez cada tres años; • baterías y accesorios para los audífonos; • reparación de audífonos y sustitución de piezas. Además, cubrimos los **Beneficios Suplementarios Obligatorios Auditivos** que incluyen una prueba auditiva rutinaria y cobertura de audífonos. * Es posible que se necesite autorización previa.	
Ayuda para ciertas afecciones crónicas *** Beneficios Suplementarios Especiales para Personas que Padecen Enfermedades Crónicas** **Humana Healthy Options Allowance™** Subsidio mensual de **$260** que se carga de manera automática en una tarjeta de débito prepagada de uso limitado para usar en los establecimientos minoristas participantes y comprar productos elegibles de estas categorías. Subsidio para Venta sin Receta (OTC, por sus siglas en inglés) • Resfriado, influenza y alergia • Cuidado dental y de prótesis dentales • Salud digestiva • Primeros auxilios y suministros médicos • Suministros para la incontinencia y el control de la vejiga • Audífonos de venta sin receta • Alivio del dolor • Cuidado de la piel • Somníferos • Productos para dejar de fumar • Vitaminas, suplementos dietéticos y más **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

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

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Ayuda con ciertas afecciones crónicas (continuación) *** Beneficios Suplementarios Especiales para Personas que Padecen Enfermedades Crónicas** **Humana Healthy Options Allowance™** • Trastornos cardiovasculares • Afecciones asociadas al deterioro cognitivo • Afecciones con desafíos funcionales • Trastornos por consumo crónico de alcohol o de otras sustancias • Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes • Enfermedad gastrointestinal crónica • Insuficiencia cardíaca crónica • Hiperlipidemia crónica • Hipertensión crónica • Enfermedad renal crónica • Trastornos pulmonares crónicos • Demencia • Diabetes mellitus • VIH/SIDA • Trastornos neurológicos • Posoperatorio por trasplante de órganos • Trastornos hematológicos graves • Derrame cerebral **Una vez que sea elegible,** puede comprar productos elegibles en las tiendas participantes con el mismo dinero y la misma tarjeta, como los siguientes: • Comestibles (productos agrícolas, fruta, pan, carne, lácteos, etc.) • Artículos de cuidado personal (pasta dental, champú, jabón corporal, desodorante, etc.) • Productos para el hogar (papel higiénico, toallas de papel, limpiador de baño, detergente para la ropa, etc.) • Dispositivos de ayuda para el hogar (barras de agarre, asientos de inodoro elevados, dispositivos de ayuda para agarrar objetos, etc.) • Suministros de mascotas (comida para mascotas, granulado higiénico para mascotas, champú contra pulgas, etc.; excluye los servicios de aseo, facturas por servicios veterinarios y recetas para mascotas) **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Ayuda con ciertas afecciones crónicas (continuación) *** Beneficios Suplementarios Especiales para Personas que Padecen Enfermedades Crónicas** **Humana Healthy Options Allowance™** Este subsidio se puede utilizar para pagar servicios aprobados, como: • gastos mensuales de manutención (alquiler/hipoteca, servicios públicos, teléfono, internet, etc.); • Costos de transporte no médico (transporte público, taxi, Uber, Lyft, etc.) • Servicios personales de respuesta de emergencias a través del proveedor aprobado por el plan • Servicios de control de plagas • Servicios de acompañamiento a través de un proveedor aprobado del plan • Servicios de equipos de calidad del aire interior **Asistencia para el Cuidado de Afecciones Crónicas** Si usted está en un programa de coordinación del cuidado de la salud y ya utilizó toda la ayuda de su plan de salud y su comunidad, es posible que pueda obtener una ayuda adicional llamada Asistencia para el Cuidado de Afecciones Crónicas. Usted y su coordinador de cuidado de la salud colaborarán para decidir cómo usar hasta **$500** por año para que pueda cumplir sus objetivos de cuidado de la salud en función de lo que permita el programa. Esta ayuda puede incluir lo siguiente: • pago de parte de sus gastos de cuidado de la salud, como los copagos; • pago de facturas, como la del teléfono, el Internet, el agua, el gas o la electricidad; • ayuda con el pago de su alquiler o hipoteca; • compra de algunos artículos de seguridad para su hogar o baño, como barras de agarre o sillas de ducha; • obtención de artículos de venta libre aprobados. Puede solicitarle la lista completa de la ayuda disponible a su coordinador de cuidado de la salud. Las empresas elegidas por el plan ayudarán a pagar o enviar estos artículos y servicios. Recuerde, en caso de pérdida o robo, Humana y estas empresas no se hacen responsables. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Ayuda con ciertas afecciones crónicas (continuación) *** Beneficios Suplementarios Especiales para Personas que Padecen Enfermedades Crónicas** No puede devolver artículos ni recuperar su dinero. El plan no garantiza cuándo se realizarán los pagos de sus facturas y no se hace responsable si los pagos se atrasan. Si utiliza este beneficio, usted acepta asumir cualquier riesgo asociado con el uso de otras empresas para realizar los pagos. Si no usa el subsidio completo antes de que finalice su plan, lo perderá. **Asistencia para el Cuidado de Afecciones Crónicas** Para obtener una lista de reglas y cuestiones no cubiertas, visite: https://es-www.humana.com/member/chronic-condition-care-assistance-exclusion-list * Este subsidio para gastos y la Asistencia para el Cuidado de Afecciones Crónicas son programas especiales para afiliados con afecciones de salud específicas. Los requisitos para ser elegible incluyen diabetes mellitus, trastornos cardiovasculares, afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes, trastornos pulmonares crónicos e insuficiencia cardíaca crónica, entre otros. Algunos planes requieren al menos dos afecciones y se aplican otros requisitos. Si utiliza este programa para pagar el alquiler o los servicios públicos, el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD, por sus siglas en inglés) requiere que se reporte como ingreso si solicita asistencia. Comuníquese con la oficina local del HUD si tiene preguntas.	
Prueba de detección del VIH Pagamos una prueba de detección del VIH cada 12 meses para las personas que cumplan con lo siguiente: • soliciten una prueba de detección del VIH, **o** • tengan un mayor riesgo de infección por el VIH. Si está cursando un embarazo, pagamos hasta tres pruebas de detección del VIH durante un embarazo.	$0
Agencia de cuidado de la salud en el hogar Antes de que pueda obtener servicios de cuidado de la salud en el hogar, un médico debe informarnos que los necesita. Una agencia de cuidado de la salud en el hogar debe proporcionar los servicios. Debe permanecer en casa, lo que significa que salir supone un gran esfuerzo. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Agencia de cuidado de la salud en el hogar (continuación) Pagamos por los siguientes servicios y, tal vez, por otros que no están enumerados aquí: • servicios de enfermería especializada y de asistentes de cuidado de la salud en el hogar a tiempo parcial o de manera intermitente (para tener cobertura del beneficio de cuidado de la salud en el hogar, los servicios de enfermería especializada y de asistentes de cuidado de la salud en el hogar combinados deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • servicios médicos y sociales • equipos y suministros médicos * Es posible que se necesite autorización previa.	
Terapia de infusión en el hogar Nuestro plan paga por las terapias de infusión en el hogar, definidas como medicamentos o sustancias biológicas que se administran en una vena o debajo de la piel y se le proporcionan en el hogar. Para realizar la infusión en el hogar, se necesitan lo siguiente: • el medicamento o sustancia biológica, como un antiviral o una inmunoglobulina; • equipos, como una bomba; **y** • suministros, como tubos o un catéter. Nuestro plan cubre los servicios de infusión en el hogar que incluyen, entre otros, los siguientes: • servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, que se proporcionan de acuerdo con su plan de cuidado; • capacitación e instrucción de los afiliados, que no están incluido en el beneficio del equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés); • supervisión remota; **y** • servicios de supervisión para proporcionar medicamentos y terapia de infusión en el hogar prestados por un suministrador acreditado de terapia de infusión en el hogar * Es posible que se necesite autorización previa.	$0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Cuidado de hospicio Tiene el derecho de elegir un hospicio si su proveedor y director médico del hospicio determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal y tiene una expectativa de vida de seis meses o menos. Puede recibir cuidados de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan debe brindarle ayuda para encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. Su médico de hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • medicamentos para tratar los síntomas y el dolor • cuidado de relevo de corta duración • cuidado en el hogar **Para los servicios de hospicio y servicios cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare que se relacionen con su pronóstico terminal se facturan a Medicare:** • Original Medicare (en lugar de nuestro plan) le pagará a su proveedor de hospicio por sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A o B relacionado con su enfermedad terminal. Mientras pertenezca al programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a Original Medicare los servicios que Original Medicare paga. **Para los servicios cubiertos por nuestro plan pero no cubiertos por la Parte A o B de Medicare:** • Nuestro plan cubre los servicios no cubiertos por la Parte A o B de Medicare. Cubrimos los servicios independientemente de que estén relacionados o no con su pronóstico terminal. Usted no paga nada por estos servicios. **Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de nuestro plan:** • El hospicio y nuestro plan nunca cubrirán los medicamentos al mismo tiempo. A fin de obtener más información, consulte la **Sección F del Capítulo 5** de este *Manual para Afiliados*. **Tenga en cuenta lo siguiente:** Si necesita cuidado que no es de hospicio, debe llamar a su coordinador de cuidado para acordar estos servicios. Los cuidados que no son de hospicio corresponden a los cuidados que **no están** relacionados con su pronóstico terminal. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Cuidado de hospicio (continuación) Para hablar con un coordinador de cuidado, llame a Servicios para Afiliados al 1-800-787-3311 (TTY: 711). Servicios para Afiliados está disponible los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita.	
Programa de comidas Humana Well Dine® Después de su hospitalización en el hospital o centro de enfermería, es elegible para recibir 2 comidas por día durante 7 días sin costo adicional. Se le entregarán a domicilio 14 comidas nutritivas. El programa de comidas se limita a 4 veces por año calendario. Las comidas deben solicitarse dentro de los 30 días posteriores al alta. Se trata de un beneficio complementario. Para obtener información adicional, comuníquese con el número de Servicios para Afiliados que aparece en la parte posterior de su tarjeta de identificación del afiliado de Humana.	$0
Vacunas Cubrimos los siguientes servicios: • vacunas contra la neumonía • vacunas contra la influenza, una vez por cada temporada de influenza en otoño e invierno, aunque se ofrecen vacunas adicionales si es necesario por razones médicas • vacunas contra la hepatitis B si tiene un riesgo elevado o intermedio de contraer hepatitis B • vacunas contra la COVID-19 • otras vacunas si está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare Pagamos otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de la Parte D de Medicare. Lea el **Capítulo 6, Sección D** de este *Manual para Afiliados* y obtenga más información.	$0
Cuidado de hospitalización Incluye servicios de hospitalización de agudos, rehabilitación de pacientes hospitalizados, hospitales de cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios de hospitales para pacientes hospitalizados. El cuidado de hospitalización comienza el día en que ingresa formalmente al hospital por indicación del médico. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0 Debe obtener la aprobación del plan para seguir recibiendo cuidado para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red después de que su emergencia esté bajo control.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Cuidado de hospitalización (continuación) El día anterior al alta es su último día de hospitalización. Pagamos por los siguientes servicios y otros servicios necesarios por razones médicas que no se enumeran aquí: • habitación semiprivada (o habitación privada si es necesario por razones médicas) • comidas, incluidas dietas especiales • servicios normales de enfermería; • costos de unidades de cuidados especiales, como unidades de cuidados intensivos o unidades de cuidados coronarios • medicamentos • análisis de laboratorio • radiografías y otros servicios de radiología • suministros médicos y quirúrgicos necesarios • aparatos, como sillas de ruedas • servicios de quirófano y de sala de recuperación • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • servicios de farmacodependencia para pacientes hospitalizados • en algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, un centro de trasplante aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los proveedores locales de trasplantes están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, usted puede recibir sus servicios de trasplante localmente o fuera del sistema de cuidado para su comunidad. Si nuestro plan proporciona servicios de trasplante fuera del sistema de cuidado de su comunidad y usted decide realizar su trasplante allí, se cubrirán los gastos suyos y de otra persona. • sangre, incluido el almacenamiento y la administración • servicios de médicos especialistas **Tenga en cuenta lo siguiente:** A fin de ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir una indicación para ingresarlo formalmente al hospital como paciente hospitalizado. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Cuidado de hospitalización (continuación) Incluso si pasa una noche en el hospital, podría ser considerado paciente "ambulatorio". Si no tiene la certeza de si es un paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio, pregúntele al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Beneficios hospitalarios de Medicare. Esta hoja informativa está disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. * Se necesita autorización previa.	
Estadía hospitalaria: Servicios cubiertos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una estadía hospitalaria no cubierta No pagamos por su estadía hospitalaria si ha utilizado todos sus beneficios para pacientes hospitalizados o si la estadía no es razonable y necesaria por razones médicas. Sin embargo, en ciertas situaciones en las que el cuidado para pacientes hospitalizados no está cubierto, podemos pagar los servicios que recibe mientras está en un hospital o centro de enfermería. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Afiliados. Pagamos por los siguientes servicios y, tal vez, por otros que no están enumerados aquí: • servicios médicos generales • pruebas de diagnóstico, como análisis de laboratorio • radiografías, radioterapia y terapia con isótopos, incluidos los materiales y servicios técnicos; • apósitos quirúrgicos • férulas, yesos y otros dispositivos para fracturas y luxaciones • prótesis y dispositivos ortóticos, distintos de los dentales, incluida la sustitución o reparación de dichos dispositivos. Se trata de dispositivos que sustituyen a todo o parte de lo siguiente: ○ un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo); **o** ○ un órgano interno del cuerpo que no funciona o funciona mal. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Estadía hospitalaria: Servicios cubiertos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una estadía hospitalaria no cubierta (continuación) • aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello, bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios debido a roturas, desgastes, pérdidas o cambios en su afección • fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional * Se necesita autorización previa.	
Evaluación Integrada y Planificación del Tratamiento (IATP) (Illinois Medicaid) Se usan los siguientes servicios de la Evaluación Integrada y Planificación del Tratamiento (IATP, por sus siglas en inglés) para identificar problemas, realizar diagnósticos provisionales y hacer recomendaciones de tratamiento/ servicios: • Evaluación clínica • Evaluación de diagnóstico • IATP de evaluación psicológica • Sistema de Utilización del Nivel de Cuidado (LOCUS, por sus siglas en inglés): Se usa para evaluar las necesidades clínicas y el estado funcional de un cliente, así como la posterior adecuación de dichas necesidades a los recursos de tratamiento. Debe estar afiliado a nuestro plan HealthChoice Illinois Medicaid para recibir estos servicios Cubiertos por Medicaid en virtud de nuestro plan. Si no está afiliado a nuestro plan HealthChoice Illinois Medicaid, no podrá recibir estos servicios de HealthChoice Illinois Medicaid en virtud de nuestro plan.	$0
Servicios y suministros para enfermedades renales Cubrimos los siguientes servicios: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar el cuidado de los riñones y ayudar a los afiliados a tomar las decisiones correctas sobre su cuidado. Debe tener enfermedad renal crónica en estadio IV y su médico debe referirlo. Cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Servicios y suministros para enfermedades renales (continuación) • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentre de manera temporal fuera del área de servicio, como se explica en la **Sección B del Capítulo 3** de este *Manual para Afiliados*, o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o no se pueda acceder a él de manera temporal. • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si ingresa a un hospital para recibir cuidados especiales). • Capacitación en autodiálisis, que incluye capacitación para usted y cualquier persona que le brinde ayuda con sus tratamientos de diálisis en el hogar • Equipo y suministros de diálisis en el hogar • Determinados servicios de apoyo en el hogar, como visitas necesarias de trabajadores de diálisis capacitados para controlar su diálisis en el hogar, obtener ayuda en caso de emergencia y controlar su equipo de diálisis y el suministro de agua La Parte B de Medicare cubre algunos medicamentos para la diálisis. Para obtener información, consulte la sección "Medicamentos de la Parte B de Medicare" en esta tabla. * Es posible que se necesite autorización previa.	
Servicios de Laboratorio (Illinois Medicaid) Se incluyen los siguientes tipos generales de servicios y artículos: • Análisis y exámenes de laboratorio • Análisis de laboratorio independientes • Pruebas de hematología • Servicios de patología • Prueba de Vitamina B12 y Ácido Fólico • Pruebas Multifásicas de Rutina • Pruebas funcionales de un órgano o enfermedad • Consejos sobre fármacos • Pruebas de detección de plomo en la sangre mediante extracción Debe estar afiliado a nuestro plan HealthChoice Illinois Medicaid para recibir estos servicios Cubiertos por Medicaid en virtud de nuestro plan. Si no está afiliado a nuestro plan HealthChoice Illinois Medicaid, no podrá recibir estos servicios de HealthChoice Illinois Medicaid en virtud de nuestro plan.	$0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Prueba de detección del cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT, por sus siglas en inglés) Nuestro plan paga las pruebas de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted cumple con los siguientes requisitos: • tiene entre 50 y 77 años, **y** • acude a una consulta de asesoría y toma de decisiones compartidas con su médico u otro proveedor acreditado **y** • ha fumado al menos 1 paquete al día durante 20 años sin signos o síntomas de cáncer de pulmón, o fuma ahora o ha dejado de fumar en los últimos 15 años. Después de la primera prueba de detección, el plan cubrirá el costo de una revisión anual con una solicitud por escrito de su médico u otro proveedor acreditado. Si un proveedor opta por realizar una consulta de asesoría y toma de decisiones compartidas para pruebas de detección del cáncer de pulmón, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas.	$0
Terapia de nutrición médica Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También aplica luego de un trasplante de riñón, cuando su médico lo solicite. Pagamos por tres horas de servicios de asesoría personalizada durante el primer año que reciba servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare. Cubrimos dos horas de servicios de asesoramiento individual cada año a partir de entonces. Podemos aprobar servicios adicionales si es necesario por razones médicas. Pagamos por dos horas de servicios de asesoría personalizada cada año a partir de entonces. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento por indicación médica. Un médico debe prescribir estos servicios y renovar la orden cada año si necesita tratamiento en el próximo año calendario. Podemos aprobar servicios adicionales si es necesario por razones médicas.	$0
Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Nuestro plan paga los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés). El MDPP está diseñado para ayudar a incrementar el comportamiento saludable. Ofrece formación práctica en los siguientes temas: • cambio en la dieta a largo plazo, **y** **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) (continuación) • aumento de la actividad física, **y** • maneras de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	
Medicamentos de la Parte B de Medicare La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Cualquiera de las siguientes categorías de fármacos de la Parte B puede estar sujeta a la terapia por fases de la Parte B. Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) cubrirá los siguientes medicamentos: • medicamentos que, normalmente, no se administra usted mismo y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios de un médico, de un hospital de cuidado médico ambulatorio o de un centro de cirugía ambulatoria • insulina suministrada mediante un equipo médico duradero (como una bomba de insulina necesaria por razones médicas). • otros medicamentos que tome mediante un equipo médico duradero (como nebulizadores) y que fueron autorizados por el plan • el medicamento contra el Alzheimer, Leqembi (lecanemab genérico), que se administra por vía intravenosa (IV) • factores de coagulación que se administra por su cuenta mediante inyección si tiene hemofilia • medicamentos para trasplantes/inmunosupresores: si Medicare pagó por su trasplante de órgano, cubre la terapia con medicamentos para trasplantes. En el momento de realizarse el trasplante cubierto, deberá tener la Parte A y, cuando reciba los medicamentos inmunosupresores, deberá tener la Parte B. La Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • medicamentos inyectables para la osteoporosis. Pagamos estos medicamentos si no puede salir de su hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifique que se relaciona con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento. • algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona con las debidas instrucciones (que puede ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • Determinados medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que se toman por vía oral si está disponible el mismo medicamento en forma inyectable o el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que estén disponibles nuevos medicamentos orales contra el cáncer, es posible que Parte B pueda cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, lo hará la Parte D. • medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas usados como parte de una quimioterapia contra el cáncer si se administran antes, durante o en las 48 horas siguientes a la quimioterapia o se usan como sustitución terapéutica completa de un medicamento contra las náuseas por vía intravenosa • determinados medicamentos orales para la Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare • medicamentos calcimiméticos en el sistema de pagos de ESRD, incluidos el medicamento intravenoso Parsabiv y el medicamento oral Sensipar • determinados medicamentos para la diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea necesario por razones médicas) y los anestésicos tópicos • agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si tiene Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) o si necesita este medicamento para tratar la anemia asociada a otras afecciones (como Epogen®, Procrit®, Epoetina Alfa, Aranesp®, Darbepoetina Alfa, Mircera® o metoxipolietilenglicol-epoetina beta) • inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades de inmunodeficiencia primaria • nutrición parenteral y enteral (alimentación IV y por sonda). A través del siguiente enlace puede abrir una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a Terapia por Fases: es-www.humana.com/PAL También cubrimos algunas vacunas en virtud de la Parte B de Medicare y la mayoría de las vacunas para adultos en virtud de nuestro beneficio de los medicamentos recetados de la Parte D. El **Capítulo 5** de este *Manual para Afiliados* explica nuestro beneficio de medicamentos. Se explican las reglas que debe seguir para obtener la cobertura de sus medicamentos recetados. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) El **Capítulo 6** de este *Manual para Afiliados* explica lo que paga por sus medicamentos mediante nuestro plan. * Es posible que se necesite autorización previa.	
Transporte Médico que no Sea de Emergencia (NEMT) (Illinois Medicaid) Transporte médico para afiliados desde y hacia una fuente de cuidado médico. Medios de transporte: • Medi-Car • Taxis • Automóviles de servicio • Furgoneta con camilla • Transportes en automóviles privados • Transporte de Cuidados Críticos (CCT, por sus siglas en inglés) o Transporte de Cuidado Especializado (SCT, por sus siglas en inglés) • Autobuses, trenes y aviones comerciales • Ambulancias no emergentes Se ofrece cobertura a pasajeros y asistentes adicionales en circunstancias limitadas. Debe estar afiliado a nuestro plan HealthChoice Illinois Medicaid para recibir estos servicios Cubiertos por Medicaid en virtud de nuestro plan. Si no está afiliado a nuestro plan HealthChoice Illinois Medicaid, no podrá recibir estos servicios de HealthChoice Illinois Medicaid en virtud de nuestro plan. * Es posible que se necesite autorización previa.	$0
Transporte No Médico (NMT) (Illinois Medicaid) Hasta 15 viajes de ida y vuelta (o 30 viajes de ida) hasta 30 millas para el transporte no médico por año a lugares como grupos de apoyo social, clases de bienestar y bancos de alimentos. Este beneficio también ofrece transporte a lugares que proporcionan beneficios sociales e integración comunitaria para afiliados como centros comunitarios y vecinales, parques, áreas de recreación e iglesias. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Transporte No Médico (NMT) (Illinois Medicaid) (continuación) Debe estar afiliado a nuestro plan HealthChoice Illinois Medicaid para recibir estos servicios Cubiertos por Medicaid en virtud de nuestro plan. Si no está afiliado a nuestro plan HealthChoice Illinois Medicaid, no podrá recibir estos servicios de HealthChoice Illinois Medicaid en virtud de nuestro plan.	
Línea telefónica de consejería de enfermería (HumanaFirst®) Si tiene preguntas sobre los síntomas que está experimentando y no está seguro de si necesita consultar al médico, Humana puede ayudarlo. Llame a HumanaFirst, nuestra línea de consejería para afiliados, las 24 horas del día, los 7 días de la semana al 833-200-9490 (TTY: 711). La llamada es gratuita. Está atendida por profesionales de enfermería que pueden ayudarlo con sus inquietudes de salud inmediatas y responder preguntas sobre afecciones médicas específicas.	$0
Cuidado en centros de enfermería Un centro de enfermería (NF, por sus siglas en inglés) es un lugar donde se brinda cuidado a personas que no pueden recibir cuidado en casa pero que no necesitan estar en un hospital. Los servicios por los que pagamos incluyen, entre otros, los siguientes: • una habitación semiprivada o privada si es necesaria por razones médicas, mantenimiento y limpieza; • comidas, lo que incluye comidas especiales, sustitutos alimenticios y suplementos nutricionales; • servicios de enfermería y supervisión de residentes; • servicios de médicos especialistas; • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla; • medicamentos y otros medicamentos sin receta que se consiguen en una farmacia, que su médico haya solicitado como parte de su plan de cuidado, lo que incluye medicamentos de venta sin receta y su administración; • equipo médico duradero no personalizado (como sillas de ruedas y andadores); **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0 Cuando sus ingresos superen una cantidad permitida, debe contribuir al costo de los servicios. Esto se conoce como la cantidad que debe pagar el paciente y es necesario si vive en un centro de enfermería. Sin embargo, es posible que, al final, no tenga que pagar ninguna cantidad cada mes. La responsabilidad de pago del paciente no se aplica a los días cubiertos por Medicare en un centro de enfermería.

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Cuidado en centros de enfermería (continuación) • suministros médicos y quirúrgicos (como vendas, suministros de administración de oxígeno, suministros y equipos de cuidado bucal, un tanque de oxígeno por residente al mes); • servicios adicionales proporcionados por un centro de enfermería de acuerdo con los requisitos estatales y federales. Por lo general, recibirá el cuidado en los centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir el cuidado en un centro que no forma parte de nuestra red. Puede recibir cuidado en los siguientes lugares, siempre que acepten los montos de pago de nuestro plan: • un hogar de ancianos o una comunidad de jubilados con cuidados continuados donde vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que ofrezca cuidado en un centro de enfermería); • un centro de enfermería donde vive su cónyuge en el momento en que recibe el alta hospitalaria. * Es posible que se necesite autorización previa.	
Prueba de detección y tratamiento de la obesidad para mantener el peso Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, el plan cubrirá asesoramiento para ayudarle a perder peso. Debe recibir la asesoría en un entorno de cuidados primarios. De esta manera, se puede gestionar con su plan integral de prevención. Hable con su proveedor de cuidado primario para obtener más información.	$0
Servicios del programa de tratamiento de opiáceos (OTP) Nuestro plan cubre los siguientes servicios para tratar el trastorno por el consumo de opiáceos (OUD, por sus siglas en inglés) a través de un OTP que incluye los siguientes servicios: • actividades de admisión • evaluaciones periódicas • medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y, cuando corresponda, la gestión y administración de estos medicamentos. • asesoramiento para trastornos por consumo de sustancias; • terapia individual y grupal • pruebas de drogas o sustancias químicas en el cuerpo (pruebas toxicológicas) * Es posible que se necesite autorización previa.	$0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Pruebas diagnósticas para pacientes ambulatorios y servicios terapéuticos Pagamos por los siguientes servicios y, tal vez, por otros que no están enumerados aquí: • radiografías • radioterapia (radioterapia y terapia con isótopo), incluidos materiales y suministros técnicos • análisis de laboratorio • análisis de sangre, hemoderivados y administración de estos • suministros quirúrgicos, como apósitos • férulas, yesos y otros dispositivos para fracturas y luxaciones • pruebas diagnósticas que no requieren laboratorio, como CT, MRI, EKG y PET, cuando su médico u otro proveedor de cuidado de la salud las indique para tratar una afección médica • otras pruebas diagnósticas ambulatorias * Es posible que se necesite autorización previa.	$0
Observación hospitalaria ambulatoria Pagamos por servicios de observación hospitalaria ambulatoria destinados a determinar si necesita que lo ingresen como paciente hospitalizado o si puede recibir el alta. Los servicios deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación se cubren solo cuando se prestan por indicación del médico u otra persona autorizada por la ley estatal y los estatutos del personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas ambulatorias. **Tenga en cuenta lo siguiente:** A menos que el proveedor haya emitido una solicitud para ingresarlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio. Incluso si pasa una noche en el hospital, se lo podría considerar "paciente ambulatorio". Si no tiene la certeza de si es un paciente ambulatorio, pregúntele al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Beneficios hospitalarios de Medicare. Esta hoja de datos está disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf * Es posible que se necesite autorización previa.	$0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga

Servicios hospitalarios ambulatorios
Pagamos los servicios necesarios por razones médicas que presta el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de enfermedades o lesiones, como:
• Servicios prestados en un departamento de emergencias o clínica de pacientes ambulatorios, tales como servicios de observación o cirugía ambulatoria
  ○ Los servicios de observación ayudan a su médico a saber si debe admitirlo como "paciente hospitalizado".
  ○ A veces, puede pasar una noche en el hospital y seguir siendo "paciente ambulatorio".
  ○ Puede obtener más información sobre pacientes hospitalizados o ambulatorios en esta hoja informativa: www.medicare.gov/media/11101.
• Análisis de laboratorio y diagnóstico facturados por el hospital
• Cuidado de la salud mental, incluido el cuidado prestado por un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que, sin este, sería necesario un tratamiento hospitalario
• Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital
• Suministros médicos, como férulas y yesos
• Pruebas de detección y servicios preventivos enumerados en la Tabla de Beneficios
• Determinados medicamentos que no se pueden administrar por cuenta propia
* Es posible que se necesite autorización previa.
	$0

Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios Pagamos por los servicios de salud mental proporcionados por los siguientes profesionales: • un psiquiatra o médico con licencia estatal, • un psicólogo clínico, • un trabajador social clínico, • un profesional de enfermería clínica especialista, • un profesional de enfermería practicante (NP, por sus siglas en inglés), • un asistente médico (PA, por sus siglas en inglés), • un consejero profesional clínico con licencia (LPC, por sus siglas en inglés), • un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT, por sus siglas en inglés), • Centros Comunitarios de Salud Mental (CMHC, por sus siglas en inglés), **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios (continuación) • Clínicas de Salud Conductual (BHC, por sus siglas en inglés), • hospitales, • clínicas de tarifas por consulta, como Centros de Salud Acreditados a Nivel Federal (FQHC, por sus siglas en inglés), **u** • otro profesional del cuidado de la salud mental acreditado por Medicaid o Illinois Medicaid, según lo permitan las leyes estatales aplicables. El plan cubrirá los siguientes tipos de servicios ambulatorios de salud mental: • servicios clínicos prestados bajo la dirección de un médico; • servicios de rehabilitación recomendados por un médico; o • licenciado en Artes Curativas, como la Evaluación Integrada y Planificación del Tratamiento, intervención de crisis, terapia y gestión de casos; • servicios de tratamiento diurnos; • servicios hospitalarios ambulatorios, como los servicios de la Opción de Clínica de Tipo A y Tipo B. El plan determinará los servicios específicos que cada tipo de proveedor mencionado anteriormente puede ofrecer y cualquier control de la utilización de dichos servicios, según las leyes federales y estatales, y/o todas las políticas o acuerdos aplicables. El plan de salud cubrirá los servicios de Respuesta Móvil a la Crisis y la Estabilización de Crisis proporcionados por las siguientes entidades: • Centros Comunitarios de Salud Mental con una certificación estatal para el manejo de crisis; **o** • Clínicas de Salud Conductual con una certificación estatal para el manejo de crisis. * Es posible que se necesite autorización previa.	
Servicios ambulatorios en casos de crisis de salud mental (ampliados) Además de los servicios de intervención en casos de crisis, el plan cubrirá los siguientes servicios necesarios por razones médicas: • Respuesta Móvil a la Crisis (MCR, por sus siglas en inglés): La MCR es un servicio móvil y de duración limitada destinado a reducir los síntomas de crisis, estabilizar al paciente y restablecer su nivel de funcionamiento anterior. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Servicios ambulatorios en casos de crisis de salud mental (ampliados) (continuación) Los servicios de MCR requieren una prueba de detección presencial mediante un instrumento de detección de crisis aprobado por el estado y pueden incluir lo siguiente: intervención a corto plazo, planificación de seguridad ante situaciones de crisis, asesoramiento breve, consulta con otros proveedores acreditados y referido a otros servicios comunitarios de salud mental. Para acceder a los servicios de MCR, los afiliados al plan de salud o las personas preocupados por los afiliados al plan de salud deben llamar a la línea de admisión de crisis del estado, CARES, al 1-800-345-9049 (TTY: 1-866-794-0374). CARES enviará a un proveedor local a la ubicación del afiliado al plan de salud en situación de crisis. • Estabilización de crisis: Los servicios de estabilización de crisis son apoyos intensivos y de duración limitada, disponibles hasta 30 días después de un evento de MCR para evitar otras crisis de salud conductual. Los servicios de estabilización de crisis ofrecen apoyo individual teniendo en cuenta las habilidades del afiliado, ya sea en el hogar o en la comunidad. * Es posible que se necesite autorización previa.	
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Pagamos por la fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del habla Puede obtener servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios en los departamentos de pacientes ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes, centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) y otros centros. * Es posible que se necesite autorización previa.	$0
Servicios de trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios Pagamos por los siguientes servicios y, tal vez, por otros que no están enumerados aquí: • prueba de detección y asesoramiento sobre el abuso de alcohol • tratamiento del abuso de drogas • asesoramiento individual o grupal por parte de un médico clínico elegible • desintoxicación subaguda en un programa residencial de adicción **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Servicios de trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios (continuación) • servicios para tratar el consumo de alcohol y/o drogas en un centro de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios; • tratamiento de liberación prolongada con naltrexona (vivitrol) * Es posible que se necesite autorización previa.	
Cirugía ambulatoria Pagamos por las cirugías ambulatorias y los servicios en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria. **Tenga en cuenta lo siguiente:** Si se someterá a una cirugía en un hospital, consulte a su proveedor si va a ser paciente de hospitalización o ambulatorio. A menos que el proveedor emita una solicitud para ingresarlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio. Incluso si pasa una noche en el hospital, se lo podría considerar "paciente ambulatorio". * Es posible que se necesite autorización previa.	$0
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos La **hospitalización parcial** es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio hospitalario ambulatorio o por un centro comunitario de salud mental. Es más intenso que el cuidado que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT), o consejero profesional autorizado. Puede ayudar a evitar que tenga que quedarse en el hospital. El **servicio ambulatorio intensivo** es un programa estructurado de tratamiento de terapia de salud mental (conductual) activa brindado en un servicio ambulatorio de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud elegible a nivel federal o una clínica de salud rural que es más intenso que el cuidado recibido en el consultorio de su médico, terapeuta, LMFT o consejero profesional autorizado, pero menos intenso que una hospitalización parcial. * Es posible que se necesite autorización previa.	$0
Servicios de Cuidado Personal (Illinois Medicaid) Hasta 20 horas de servicios de cuidado personal al año. Se requiere un mínimo de 4 horas por uso. Disponible para afiliados sin cobertura por una exención de Servicios en el Hogar y Comunitarios. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Servicios de Cuidado Personal (Illinois Medicaid) (continuación) Debe estar afiliado a nuestro plan HealthChoice Illinois Medicaid para recibir estos servicios Cubiertos por Medicaid en virtud de nuestro plan. Si no está afiliado a nuestro plan HealthChoice Illinois Medicaid, no podrá recibir estos servicios de HealthChoice Illinois Medicaid en virtud de nuestro plan. * Es posible que se necesite autorización previa.	
Fisioterapia (Illinois Medicaid) Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, las actividades de la vida diaria (ADL, por sus siglas en inglés) en caso de que los servicios promuevan la independencia y/o disminuyan la necesidad de otros servicios de apoyo. Debe estar afiliado a nuestro plan HealthChoice Illinois Medicaid para recibir estos servicios Cubiertos por Medicaid en virtud de nuestro plan. Si no está afiliado a nuestro plan HealthChoice Illinois Medicaid, no podrá recibir estos servicios de HealthChoice Illinois Medicaid en virtud de nuestro plan. * Es posible que se necesite autorización previa.	$0
Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico Cubrimos los siguientes servicios: • servicios de cuidado de la salud o quirúrgicos necesarios por razones médicas en lugares tales como los siguientes: ○ consultorio médico ○ centro de cirugía ambulatoria certificado ○ departamento de pacientes ambulatorios de un hospital • consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista • pruebas básicas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor de cuidado primario **o** especialista si su médico lo solicita para averiguar si necesita tratamiento. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación) • Ciertos servicios de telesalud, lo que incluye los servicios de 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 casos de farmacodependencia en pacientes ambulatorios; y servicios de urgencia. ○ Puede recibir estos servicios mediante una consulta en persona o por telesalud. En caso de que decida recibir uno de estos servicios por telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. ○ Puede usar un teléfono, una computadora, una tableta u otro tipo de tecnología de video. • servicios de telesalud, incluida la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un médico o profesional médico, para afiliados que se encuentran en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare • Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con enfermedades renales en etapa terminal (ESRD) para los afiliados que reciben diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal hospitalario o en un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar del afiliado. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un derrame cerebral o trastorno de salud mental coexistente. • servicios de telesalud para el diagnosticar, evaluar o tratar los trastornos mentales **en los siguientes casos**: ○ tiene una visita presencial en los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud; ○ tiene una visita presencial cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud; ○ se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias * Servicios de telesalud para consultas de salud mental prestados por Clínicas de Salud Rural y por Centros de Salud Acreditados a Nivel Federal. • consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico durante 5 a 10 minutos **en los siguientes casos**: ○ no es un paciente nuevo **y** **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación) ○ la consulta no se relaciona con una consulta médica hecha en los últimos 7 días **y** ○ la consulta no conduce a una consulta médica en 24 horas o a la cita más próxima disponible • Evaluación del video y/o imágenes que envíe a su médico e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas **si:** ○ no es un paciente nuevo **y** ○ la evaluación no se relaciona con una consulta médica hecha en los últimos 7 días **y** ○ la evaluación no se relaciona con una consulta médica hecha en los últimos 7 días **y** ○ la evaluación no conduce a una consulta médica en 24 horas o a la cita más próxima disponible. • consultas que su médico tenga con otros médicos por teléfono, Internet o expediente médico electrónico si no es un paciente nuevo • segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía • Cuidado dental que no es de rutina. Los servicios cubiertos se limitan a los siguientes: ○ cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas; ○ fijación de fracturas de la mandíbula o huesos faciales; ○ extracción dental antes de la radioterapia para el cáncer neoplásico; **o** ○ servicios cubiertos cuando los proporciona un médico. * Es posible que se necesite autorización previa.	
Servicios de podiatría Cubrimos los siguientes servicios: • diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo en martillo o espolones en el talón) • cuidado rutinario de los pies para afiliados con afecciones que involucran las piernas, como la diabetes * Es posible que se necesite autorización previa.	$0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Profilaxis previa a la exposición (PrEP, por sus siglas en inglés) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional médico del cuidado de la salud determina que tiene un mayor riesgo de contraer el VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si cumple con los requisitos, los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos de PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA. Si está recibiendo un medicamento inyectable, también cubrimos los cargos vinculados a la inyección. • Hasta 8 sesiones individuales de asesoría (incluyendo la evaluación del riesgo de infección por el VIH, la reducción del riesgo de infección por el VIH y el cumplimiento de la toma de los medicamentos) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses. • Una única prueba de detección del virus de la hepatitis B.	$0
Pruebas de detección del cáncer de próstata Cubrimos los gastos de un examen rectal digital y una prueba del antígeno específico de la próstata (PSA, por sus siglas en inglés) una vez cada 12 meses en los siguientes casos: • hombres de más de 50 años; • hombres afroamericanos de más de 40 años; • hombres de más de 40 años con antecedentes familiares de cáncer de próstata.	$0
Dispositivos protésicos y ortésicos, y otros suministros relacionados Los dispositivos protésicos reemplazan total o parcialmente una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros: • pruebas, ajustes o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortésicos • bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de la colostomía • marcapasos • aparatos de ortodoncia • zapatos protésicos • brazos y piernas artificiales • prótesis mamarias (incluyendo un sostén quirúrgico después de una mastectomía) Cubrimos los gastos de algunos suministros relacionados con dispositivos protésicos. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Dispositivos protésicos y ortésicos, y otros suministros relacionados (continuación) También cubriremos los gastos de la reparación o el reemplazo de dispositivos protésicos. Ofrecemos algunas coberturas después de la cirugía de extirpación o tratamiento de cataratas Consulte "Cuidado de la Vista" más adelante en esta tabla para obtener más información. * Es posible que se necesite autorización previa.	
Servicios de rehabilitación pulmonar Pagamos por los programas de rehabilitación pulmonar para afiliados que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave. El médico o proveedor a cargo del tratamiento de la EPOC debe solicitar la rehabilitación pulmonar. * Es posible que se necesite autorización previa.	$0
Prueba de detección de la infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección del virus de la hepatitis C si su médico de cuidado primario u otro proveedor de cuidado de la salud acreditado solicita una y usted cumple con una de las siguientes condiciones: • Está en alto riesgo porque usa o ha usado drogas inyectables ilícitas. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965, y no se considera que tiene un riesgo elevado, pagamos por una única prueba de detección. Si tiene un riesgo elevado (por ejemplo, continuó usando drogas inyectables ilícitas desde su anterior prueba de detección negativa del virus de la hepatitis C), cubrimos pruebas de detección anuales.	$0
Pruebas de detección y asesoría sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) Pagamos por las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para mujeres embarazadas y para algunas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una ITS. Un proveedor de cuidado primario debe solicitar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Detección y asesoramiento de infecciones de transmisión sexual (ITS) (continuación) También pagamos por hasta dos sesiones presenciales de asesoría conductual de alta intensidad cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer ITS. Cada sesión puede durar entre 20 y 30 minutos. El plan cubrirá estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo solo si las proporciona un proveedor de cuidado primario. Las sesiones deben realizarse en un entorno de cuidados primarios, como el consultorio de un médico.	
Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers® SilverSneakers® es un programa de acondicionamiento físico para personas mayores que se incluye sin cargo adicional con los planes de salud de Medicare elegibles. Los afiliados tienen acceso a las instalaciones de acondicionamiento físico participantes en todo el país, que pueden incluir pesas y máquinas, además de clases de ejercicios en grupo dirigidas por instructores capacitados en ubicaciones seleccionadas. Acceda a la educación en línea en SilverSneakers.com, vea videos de entrenamiento en SilverSneakers On-Demand™ o descargue la aplicación de acondicionamiento físico SilverSneakers GO™ para obtener ideas de entrenamiento adicionales. Cualquier centro de acondicionamiento físico que normalmente tiene una tarifa adicional no está incluido en su membresía.	$0
Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF) A fin de ver una definición de cuidado en un centro de enfermería especializada, diríjase al **Capítulo 12** de este *Manual para Afiliados*. Los centros de enfermería especializada pueden denominarse “SNF” (por sus siglas en inglés). Usted tiene cobertura por hasta 100 días necesarios por razones médicas por período de beneficios. No se requiere hospitalización previa. Pagamos por los siguientes servicios y, tal vez, por otros que no están enumerados aquí: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es necesario por razones médicas). • comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	Un nuevo período de beneficios comenzará el primer día cuando usted se afilie por primera vez en un plan Medicare Advantage, o cuando le hayan dado de alta del cuidado especializado en un centro de enfermería especializada durante 60 días consecutivos. $0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) • Medicamentos que se le administran como parte de su plan de cuidados (esto incluye sustancias que están presentes de forma natural en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre). • Sangre, lo que incluye el almacenamiento y la administración. La cobertura de la sangre total y de los concentrados de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesite. • Suministros médicos y quirúrgicos que, en general, proporciona el SNF. • Análisis de laboratorio que, en general, proporciona el SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología que, en general, proporciona el SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que, en general, proporciona el SNF. • Servicios de Médicos/Profesionales Médicos Por lo general, recibirá el cuidado del SNF en los centros de la red. En ciertas circunstancias, es posible que pueda recibir el cuidado en un centro que no forma parte de nuestra red. Puede recibir cuidado en los siguientes lugares, siempre que acepten los montos de pago de nuestro plan: • Un hogar de ancianos o una comunidad de jubilados con cuidados continuados donde vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que ofrezca cuidado en un centro de enfermería especializada). • Un SNF donde resida su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que usted reciba el alta. * Es posible que se necesite autorización previa.	
Servicios mediante teléfonos inteligentes (Illinois Medicaid) Con un teléfono inteligente, tiene fácil acceso a la información relacionada con la salud y puede permanecer conectado con su equipo de cuidado médico y su plan de salud. Cualquier afiliado que califique para el programa Federal Lifeline serán elegibles para recibir un teléfono gratis con minutos, mensajes de texto y datos mensuales. Debe estar afiliado a nuestro plan HealthChoice Illinois Medicaid para recibir estos servicios Cubiertos por Medicaid en virtud de nuestro plan. Si no está afiliado a nuestro plan HealthChoice Illinois Medicaid, no podrá recibir estos servicios de HealthChoice Illinois Medicaid en virtud de nuestro plan.	$0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Abandono del tabaco y del consumo de tabaco El asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios e internados que cumplen con los siguientes criterios: • consumen tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de alguna enfermedad relacionada con el tabaco • si se encuentran en pleno uso de sus facultades y alertas durante la asesoría • reciben asesoramiento por parte de un médico acreditado u otro profesional médico reconocido por Medicare Cubrimos dos intentos para dejar el tabaco por año (cada intento puede incluir un máximo de cuatro sesiones intermedias o intensivas, con hasta ocho sesiones por año).	$0
Servicios para trastornos por consumo de sustancias El plan cubrirá los servicios para trastornos por consumo de sustancias proporcionados por los siguientes centros: • un centro de tratamiento de farmacodependencia con licencia estatal; u • hospitales. El plan cubrirá los siguientes tipos de servicios para trastornos por consumo de sustancias que sean necesarios por razones médicas: • servicios ambulatorios (grupales o individuales), como evaluación, terapia, control de medicamentos y evaluación psiquiátrica; • Tratamiento Asistido por Medicamentos (MAT, por sus siglas en inglés) para la dependencia de opioides, como ordenar y administrar metadona, administrar el plan de cuidado y coordinar otros servicios para trastornos por consumo de sustancias; • servicios intensivos para pacientes ambulatorios (grupales o individuales); • servicios de desintoxicación; y • algunos servicios residenciales, como los Servicios de Rehabilitación a corto plazo. * Es posible que se necesite autorización previa.	$0
Terapia de ejercicios supervisados (SET) Cubrimos los gastos de la terapia de ejercicio supervisado (SET, por sus siglas en inglés) para afiliados con enfermedad arterial periférica (EAP) sintomática. El plan cubrirá los gastos de lo siguiente: **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Terapia de ejercicios supervisados (SET, por sus siglas en inglés) (continuación) • hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de la SET; • 36 sesiones adicionales a lo largo del tiempo si un proveedor de cuidado de la salud lo considera necesario por razones médicas El programa de la SET debe cumplir con las siguientes condiciones: • sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para la PAD destinadas a afiliados con calambres en las piernas debido a un flujo sanguíneo deficiente (claudicación) • llevarse a cabo en un entorno hospitalario ambulatorio o en el consultorio de un médico • ser impartido por personal acreditado que garantice que los beneficios superan a los daños y que esté capacitado en la terapia de ejercicios para la PAD • realizarse bajo la supervisión directa de un médico, un auxiliar médico o un profesional de enfermería practicante/especialista en enfermería clínica capacitado en técnicas de soporte vital básico y avanzado * Es posible que se necesite autorización previa.	
Cuidado de urgencia El cuidado de urgencia es el cuidado que se proporciona como tratamiento en los siguientes casos: • una situación que no es de emergencia que requiere cuidados médicos inmediatos **o** • una enfermedad imprevista **o** • una lesión **o** • una afección que necesita cuidados de inmediato. Si necesita cuidado de urgencia, primero debe intentar obtenerlos de un proveedor de red. Sin embargo, puede utilizar proveedores fuera de la red cuando no puede acceder a un proveedor de la red porque, dada su hora, lugar o circunstancias, no es posible o no es razonable obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando está fuera del área de servicio del plan y necesita servicios médicos inmediatos necesarios para una afección no vista, pero que no es una emergencia médica). Tiene cobertura para los servicios de urgencia en todo el mundo. Si necesita cuidado de urgencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, será responsable de pagar por adelantado los servicios prestados. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Cuidado de urgencia (continuación) Debe presentar un comprobante de pago a Servicios para Afiliados para su reembolso. Es posible que no le reembolsemos todos sus gastos de desembolso personal. Esto se debe a que nuestras tarifas contratadas pueden ser inferiores a las tarifas de proveedores fuera de EE. UU. y sus territorios. Usted es responsable de cualquier costo que exceda nuestras tarifas contratadas, así como de cualquier costo compartido aplicable para afiliados.	
Cuidado de la vista Pagamos los servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares. Por ejemplo, el tratamiento para la degeneración macular relacionada con el envejecimiento. Para las personas con alto riesgo de tener glaucoma, pagamos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de tener glaucoma incluyen las siguientes: • personas con antecedentes familiares de glaucoma • personas con diabetes • afroamericanos de más de 50 años; • hispanoamericanos de más de 65 años. Para las personas con diabetes, pagamos una prueba de detección de retinopatía diabética una vez al año. Pagamos por un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas en la cual el médico inserta una lente intraocular. Si usted se somete a dos cirugías de cataratas por separado, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. No puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si no recibió un par después de la primera. Además, cubrimos los **Beneficios Suplementarios Obligatorios de la Vista** que incluyen un examen rutinario de la vista y un subsidio para anteojos. El (servicio preventivo) no se aplica a los Beneficios Suplementarios Obligatorios de la Vista. * Es posible que se necesite autorización previa.	$0

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
Cuidado de la vista (Medicaid de Illinois) El plan cubre lo siguiente: • examen ocular de rutina anual; • anteojos (lentes y marcos); los marcos se limitan a un par en un período de 24 meses; • lentes limitados a un par en un período de 24 meses, pero puede obtener más cuando sean necesarios por razones médicas, con aprobación previa; • ojo artificial a medida; • dispositivos para casos de baja capacidad visual; • lentes de contacto y lentes especiales cuando sea necesario por razones médicas, con aprobación previa. A fin de ser elegible para el reembolso, algunos servicios pueden estar sujetos a aprobación previa y/o criterios médicos.	$0
Consulta Preventiva de "Bienvenida a Medicare" Cubrimos la consulta preventiva única de bienvenida a Medicare La consulta incluye lo siguiente: • una revisión de su salud, • educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluyendo exámenes de detección e inyecciones) **y** • referidos para otros cuidados si lo necesita. **Tenga en cuenta lo siguiente:** Cubrimos la consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare" solamente durante los primeros 12 meses en que tenga la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informe al consultorio de su médico que quisiera concertar la consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare".	$0

Beneficio Suplementario Obligatorio para Servicios de Audición HER905

Puede recibir los siguientes servicios no cubiertos por Medicare de cualquier proveedor de audífonos o audición de la red:

Servicio con Cobertura	Lo que usted paga
• Prueba auditiva rutinaria (1 por año)	**$0**
• ajuste o evaluación de audífonos (1 por año);	**$0**
• audífonos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) (hasta 1 por oído, por año).	Cualquier cantidad superior a **$750** por oído, por año

Los beneficios se ofrecen en base al año calendario. Toda cantidad no utilizada al final del año vencerá. El localizador de proveedores de la audición de rutina puede encontrarse en **es-Humana.com/FindCare**.

Beneficio Suplementario Obligatorio VIS780

Descripción del Beneficio	Dentro de la Red: Usted paga
• Examen Ocular de Rutina, incluida la refracción (1 por año calendario) por parte un proveedor de servicios ópticos de la red de Humana Medicare Insight O BIEN • Examen de refracción (1 por año calendario), en lugar de un examen ocular de rutina, cuando se realiza en la misma cita que un examen integral de la vista cubierto por Medicare, por parte de un proveedor de servicios ópticos médicos de la red de Humana.	**$0*** **O BIEN** **$0** para el examen de refracción, además de los costos compartidos del Médico Especialista para el examen médico
• Beneficio de Anteojos (1 por año calendario) en un proveedor de servicios ópticos de la red de Humana Medicare Insight • Subsidio de **$300** para la compra de marcos y un par de lentes; O BIEN, para la compra de lentes de contacto (convencionales o desechables) El beneficio no incluye la colocación de lentes de contacto. La protección ultravioleta, la capa contra rayaduras y otras opciones de lentes pueden aplicarse para el beneficio del subsidio de anteojos. El subsidio para beneficios se aplica al precio de venta. El afiliado es responsable de cualquier costo que supere la cantidad aprobada por el plan. **El beneficio solo se puede utilizar una vez. Los dólares de subsidio restantes no se "transfieren" a una compra futura.**	Cualquier monto en farmacias minoristas por encima de **$300**

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

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

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

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

- Cualquier tarifa por exámenes, pruebas, evaluaciones o cualquier servicio que exceda los máximos indicados.

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

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

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

- Tratamiento correctivo de la vista de naturaleza experimental.
- Soluciones y/o productos de limpieza para anteojos o lentes de contacto.
- Artículos no recetados.
- Costos asociados con materiales de seguridad.
- Servicios preoperatorios y posoperatorios.
- Ortoqueratología.
- Mantenimiento rutinario de los materiales.
- Lentes pintadas artísticamente.
- Gastos incurridos mientras es elegible para cualquier programa de compensación laboral o ley o decreto de enfermedad ocupacional, ya sea que haya solicitado o no la cobertura.
- Servicios que cumplan con los siguientes requisitos:
  - Sean gratis o que no debería pagarlos si no tuviera este seguro, a menos que se reciban los cargos del gobierno de los EE. UU. o cualquiera de sus agencias y sean reembolsables, según lo exija la ley.
  - Proporcionado por cualquier plan o ley en cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare o Medicaid), o pagadero en virtud de dicho plan o ley.
  - Proporcionados por cualquier hospital/institución/agencia que pertenezca al gobierno de los EE. UU. o sea dirigida por el gobierno de los EE. UU. para cualquier servicio relacionado con enfermedades o lesiones corporales.
- Toda pérdida que sea causa o consecuencia de una guerra o cualquier acto de guerra, sea declarado o no; cualquier acto de conflicto armado internacional; o cualquier conflicto en el que participen fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
- Si no acude a una cita.
- Cualquier hospital, centro quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anestesiólogo o anestesista.
- Medicamentos recetados o premedicaciones, ya sean dispensados o recetados.
- Cualquier servicio que determinemos no es necesario según criterio oftalmológico, no ofrezca un pronóstico favorable, no tenga un respaldo profesional uniforme o que se considere de naturaleza experimental o investigativa.
- Reemplazo de lentes o monturas de anteojos proporcionadas en virtud de este beneficio suplementario que se hayan perdido o roto, a menos que estén disponibles de otra manera conforme al beneficio suplementario.
- Cualquier examen o material requerido por un empleador como condición de empleo o gafas de seguridad.
- Tratamiento de patologías.
- Los copagos, coseguros y deducibles pagados por beneficios suplementarios no cuentan para el monto máximo de gastos de desembolso personal.
- Los beneficios se ofrecen en base al año calendario. Toda cantidad no utilizada al final del año vencerá.

E. Servicios de Exención

Servicios del Programa de Exención: Servicios en el Hogar y Comunitarios cubiertos por nuestro plan	Lo que usted paga
Personas mayores Departamento de la Tercera Edad (DOA, por sus siglas en inglés) • servicios diurnos para adultos (ADS, por sus siglas en inglés); • transporte hacia los servicios diurnos para adultos; • servicios en el hogar (asistencia doméstica); • servicios de respuesta a emergencias en el hogar; • dispensador automático de medicamentos (AMD, por sus siglas en inglés).	$0
Personas con discapacidades Departamento de Servicios de Rehabilitación (DRS, por sus siglas en inglés) • servicios diurnos para adultos (ADS); • transporte hacia los servicios diurnos para adultos; • adaptaciones de accesibilidad en el entorno; • asistente de cuidado de la salud en el hogar; • proveedor individual (IP, por sus siglas en inglés); • servicios de enfermería; • servicios intermitentes de enfermería; • terapia ocupacional; • fisioterapia; • terapia del habla; • servicios en el hogar (asistencia doméstica); • comidas a domicilio; • sistemas personales de respuesta a emergencias; • relevos; • equipo médico especializado.	$0
Personas con VIH/SIDA Departamento de Servicios de Rehabilitación • centro de día para adultos; • transporte; • adaptaciones de accesibilidad en el entorno; **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	

Servicios del Programa de Exención: Servicios en el Hogar y Comunitarios cubiertos por nuestro plan	Lo que usted paga
Personas con VIH o sida (continuación) • asistente de cuidado de la salud en el hogar; • proveedor individual (IP, por sus siglas en inglés); • servicios de enfermería; • servicios intermitentes de enfermería; • terapia ocupacional; • fisioterapia; • terapia del habla; • servicios en el hogar (asistencia doméstica); • comidas a domicilio; • sistemas personales de respuesta a emergencias; • relevos; • equipo médico especializado y suministros.	
Personas con Lesiones Cerebrales Departamento de Servicios de Rehabilitación (DRS, por sus siglas en inglés) • centro de día para adultos; • transporte a los centros de día para adultos; • habilitación diurna; • adaptaciones de accesibilidad en el entorno; • asistente de cuidado de la salud en el hogar; • proveedor individual (IP, por sus siglas en inglés); • servicios de enfermería; • servicios intermitentes de enfermería; • servicios prevocacionales; • servicios en el hogar (asistencia doméstica); • comidas a domicilio; • sistemas personales de respuesta a emergencias; • relevos; • equipo médico especializado y suministros. • empleo con apoyo; • terapias (ocupacional, física, del habla); • terapias cognitivas conductuales.	

Servicios del Programa de Exención: Servicios en el Hogar y Comunitarios cubiertos por nuestro plan	Lo que usted paga
Programa de Vida Asistida Servicios de Cuidado de la Salud y Familiares (HFS, por sus siglas en inglés) El Programa de Vida Asistida (SLP, por sus siglas en inglés) ofrece servicios de vivienda en residencias asistidas. Es una alternativa al cuidado tradicional en el hogar de ancianos, ya que combina viviendas de tipo apartamento con cuidado personal y servicios de apoyo. Los servicios de vivienda en residencias asistidas pueden incluir los siguientes aspectos: • promoción de la salud; • servicios intermitentes de enfermería; • supervisión de medicamentos; • cuidado personal; • tareas domésticas; • lavandería; • promoción social o recreativa; • sistemas de llamadas de emergencia; • control de bienestar; • mantenimiento; • comidas y bocadillos; • programas de ejercicios; • respuesta las 24 horas del personal de seguridad.	

F. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

No cubrimos los siguientes servicios, pero están disponibles mediante Illinois Medicaid.

Medicaid (no nuestro plan) cubre los servicios de aborto si usa su tarjeta médica de HFS.

F1. Transporte que no es de emergencia

Los servicios de ambulancia terrestre que no son de emergencia (no cubiertos por Medicare) están excluidos del cuidado médico administrado de Medicaid. Sigue siendo un beneficio para afiliados, pero los proveedores de ambulancias facturan directamente a HFS. **Nuestro plan seguirá brindándole ayuda para coordinar estos servicios.**

G. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare ni Illinois Medicaid

Esta sección le informa qué tipos de beneficios se excluyen en el plan. “Excluido” significa que no pagamos estos beneficios. Medicare y Medicaid tampoco los pagan.

En la siguiente lista, se describen algunos servicios y artículos que el plan no cubre en ninguna circunstancia y otros que excluimos solo en algunos casos.

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

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

- servicios considerados no "razonables ni necesarios", de acuerdo con los estándares de Medicare e Illinois Medicaid, a menos que los enumeremos como servicios cubiertos;
- tratamientos médicos y quirúrgicos experimentales, artículos y medicamentos, a menos que Medicare, un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan los cubra. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. El tratamiento y los artículos en fase experimental son aquellos que la comunidad médica no suele aceptar.
- Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando sea necesario por razones médicas y Medicare lo pague.
- una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea necesario por razones médicas;
- Profesionales de enfermería privados.
- Artículos personales en su habitación de hospital o centro de enfermería, como un teléfono o un televisor.
- Cuidado de enfermería a tiempo completo en su hogar.
- Procedimientos o servicios de mejora opcionales o voluntarios (que incluyen la pérdida de peso, el crecimiento del cabello, el rendimiento sexual, el rendimiento deportivo, los fines estéticos, el antienvejecimiento y el rendimiento mental), excepto cuando sea necesario por razones médicas.
- cirugía estética u otros tratamientos estéticos, a menos que sea necesario por una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo que no tiene la forma correcta. Sin embargo, pagamos por la reconstrucción de una mama después de una mastectomía y por el tratamiento de la otra mama para que tengan apariencia simétrica
- cuidado quiropráctico, que no sea la manipulación manual de la columna vertebral de acuerdo con las pautas de cobertura de Medicare;
- queratotomía radial, cirugía LASIK y otros servicios para casos de baja capacidad visual; Sin embargo, el plan pagará el costo de los anteojos después de la cirugía de catarata.
- reversión de los procedimientos de esterilización
- servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos)
- servicios proporcionados a veteranos en los centros de Asuntos de Veteranos (VA). Sin embargo, cuando un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital de VA y los costos compartidos de VA es mayor que el costo compartido del plan, le reembolsaremos la diferencia al veterano. Sigue siendo responsable de las cantidades de los costos compartidos.

Capítulo 5: Obtención de sus medicamentos para los pacientes ambulatorios

Introducción

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

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

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

Reglas para la cobertura de medicamentos ambulatorios del plan

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

Debe tener un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que receta) que le emita una receta, que debe ser válida según la ley estatal aplicable. Esta persona suele ser su Proveedor de Cuidado Primario (PCP).

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

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

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

- Si no está en la *Lista de Medicamentos*, podemos cubrirlo al otorgarle una excepción.
- Consulte el **Capítulo 9, Sección F** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener información sobre la solicitud de una excepción.

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

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

Índice

A. Cómo surtir sus medicamentos recetados 116
A1. Cómo surtir su receta en una farmacia de la red 116
A2. Cómo utilizar su Tarjeta de Identificación de Afiliado al surtir una receta 116
A3. Qué hacer si cambia su farmacia de la red 116
A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red 116
A5. Cómo utilizar una farmacia especializada 117
A6. Cómo utilizar los servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos 117
A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos 119
A8. Cómo utilizar una farmacia que no está en la red del plan 119
A9. Cómo le reembolsamos el dinero de una receta 120
B. *Lista de Medicamentos* del plan 120
B1. Medicamentos en la *Lista de Medicamentos* 120
B2. Cómo encontrar un medicamento en la *Lista de Medicamentos* 121
B3. Medicamentos que no están en la *Lista de Medicamentos* 121
B4. Niveles de costos compartidos *de la Lista de Medicamentos* 122
C. Límites de algunos medicamentos 123
D. Razones por las que un medicamento podría no estar cubierto 124
D1. Cómo obtener un suministro temporal 125
D2. Cómo pedir un suministro temporal 126
D3. Cómo pedir una excepción 126
E. Cambios en la cobertura de los medicamentos 127
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales 129
F1. En un hospital o un centro de enfermería especializada para una estadía que cubre el plan . . . 129
F2. En un centro de cuidados a largo plazo 129
F3. En un programa de cuidados de hospicio certificado por Medicare 129
G. Programas sobre seguridad y gestión de los medicamentos 130
G1. Programas para ayudarlo a consumir medicamentos de forma segura 130
G2. Programas para recibir ayuda sobre cómo administrar los medicamentos 130
G3. Programa de Administración de Medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés) para ayudar a los afiliados a tomar sus medicamentos opioides de forma segura 131

A. Cómo surtir sus medicamentos recetados

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

En la mayoría de los casos, cubrimos las recetas solo si se surten en las farmacias de la red del plan. Una farmacia de la red es una farmacia que ha aceptado surtir medicamentos recetados para los afiliados del plan. Puede utilizar cualquiera de las farmacias de la red. (Para obtener información sobre cuándo cubrimos las recetas que se surten en farmacias fuera de la red, consulte la **Sección A8**).

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

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

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

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

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

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

A3. Qué hacer si cambia su farmacia de la red

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

Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red, puede comunicarse con Servicios para Afiliados o con su coordinador de cuidado.

A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red

Si la farmacia que usa abandona la red de nuestro plan, tendrá que encontrar una nueva farmacia de la red.

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

A5. Cómo utilizar una farmacia especializada

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

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

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

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

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

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro de, como mínimo, 30 días del medicamento y uno de no más de 100 días. Un suministro para 100 días tiene el mismo copago que un suministro par un mes.

Cómo surtir mis recetas por correo

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame a Servicios para Afiliados a los números que aparecen en la parte inferior de la página.

Por lo general, una receta de pedido por correo le llegará dentro de los 10 días hábiles desde que se reciben sus recetas. Cuando planee usar una farmacia de pedido por correo, es una buena idea pedirle a

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

Procesos de pedido por correo

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

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

   La farmacia surte y entrega automáticamente sus recetas nuevas.

2. **Recetas nuevas que la farmacia obtiene directamente del consultorio de su proveedor**

   La farmacia surte y entrega automáticamente las recetas nuevas que recibe de los proveedores de cuidado de la salud, sin consultar primero con usted, en los siguientes casos:

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

Si recibe una receta automáticamente por correo que no desea y no se comunicaron usted para determinar si la quería antes de enviarla, puede ser elegible para un reembolso.

Si usó los pedidos por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta ni envíe automáticamente cada receta nueva, comuníquese con nosotros llamando a Servicios para Afiliados al 1-800-787-3311 (TTY: 711). Servicios para Afiliados está disponible los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.

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

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

Si desea dejar de recibir entregas automáticas de recetas nuevas que obtiene directamente del consultorio de su proveedor de cuidado de la salud, comuníquese con nosotros llamando a Servicios para Afiliados a los números que se encuentran en la parte inferior de la página.

3. Resurtido de recetas por correo

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

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

Para dejar de ser parte de nuestro programa que prepara automáticamente las repeticiones de pedidos por correo, llame a Servicios para Afiliados a los números que aparecen en la parte inferior de la página.

Informe a la farmacia qué medios de comunicación prefiere, de modo que puedan comunicarse con usted y confirmar su pedido antes de enviarlo.

A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos

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

Con algunas farmacias de la red, puede obtener suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro para 100 días tiene el mismo copago que un suministro par un mes. En el *Directorio de Proveedores y Farmacias* se indica qué farmacias pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Para obtener más información, también puede comunicarse por teléfono con Servicios para Afiliados.

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

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

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

Pagaremos por los medicamentos recetados que se surtan en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

- Si los medicamentos recetados están relacionadas con el cuidado médico en casos de emergencia que el plan paga.
- Si los medicamentos recetados están conectados con el cuidado urgente que el plan paga cuando no puede llegar a un proveedor de la red.

- Si se encuentra en una área de desastre declarada y tiene que repetir su receta.

A9. Cómo devolverle el dinero si paga por un medicamento recetado

Si debe acudir a una farmacia fuera de la red, en general, tendrá que pagar el costo total en lugar de un copago cuando obtenga la receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo.

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

- **Sin embargo, tenga en cuenta que varias incidencias de reclamos que no son de urgencia de farmacias fuera de la red darán lugar a denegaciones de reclamos. Además, no podemos cubrir los gastos de ningún medicamento robado ni de recetas surtidas en farmacias fuera de los Estados Unidos y sus territorios, ni siquiera en casos de emergencias médicas, por ejemplo, en un crucero cuando se encuentra fuera de los Estados Unidos.**

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

B. La *Lista de Medicamentos* de nuestro plan

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

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

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

B1. Medicamentos en la *Lista de Medicamentos*

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

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

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

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se denominan biosimilares. En general, los medicamentos genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como los medicamentos de marca o los productos biológicos originales y suelen costar menos. Existen sustitutos genéricos de muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son

intercambiables y, en función de la ley estatal, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los de marca.

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

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

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

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

- Visitar el sitio web del plan, disponible en **es-www.humana.com**. La *Lista de Medicamentos* del sitio web es siempre la más actualizada.
- Llamar a Servicios para Afiliados a fin de averiguar si un medicamento se encuentra en nuestra *Lista de Medicamentos* o a fin de pedir una copia de la lista.
- Usar nuestra "Herramienta de Beneficios en Tiempo Real", disponible en **es-www.humana.com** para buscar medicamentos en la Lista de Medicamentos, obtener una estimación de su costo y saber si hay medicamentos alternativos para tratar la misma afección. También puede llamar Servicios para Afiliados.

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

No cubrimos todos los medicamentos.

- Algunos medicamentos no están en la *Lista de Medicamentos* porque la ley no nos permite cubrirlos.
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en la *Lista de Medicamentos*.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no se encuentre en la *Lista de Medicamentos*. Si desea obtener más información, vaya al **Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados*.

Nuestro plan no cubre los tipos de medicamentos enumerados en esta sección. Estos se denominan **medicamentos excluidos**. Si obtiene una receta para un medicamento excluido, debe pagarlo de su bolsillo. Si cree que debemos pagar por un medicamento excluido debido a su situación, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados* para obtener más información sobre las apelaciones.

Estas son las tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye medicamentos de la Parte D y de Illinois Medicaid) no puede pagar ningún medicamento que la Parte A o la Parte B de Medicare ya cubre. El plan cubre los medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare de forma gratuita, pero estos medicamentos no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos para pacientes ambulatorios.
2. El plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
3. El uso del medicamento debe estar aprobado por La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) o respaldado por ciertas referencias médicas como tratamiento para

su afección. Su médico u otro proveedor pueden recetar un determinado medicamento para tratar su afección, aunque no esté aprobado para tratar dicha afección. Esto se denomina "uso extraoficial". Por lo general, nuestro plan no cubre los medicamentos cuando se recetan para el uso extraoficial.

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

- Medicamentos usados para promover la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de los síntomas de tos o resfriado.
- Medicamentos usados con fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y preparados con flúor.
- Medicamentos usados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos usados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios cuando el fabricante sostiene que usted debe someterse a pruebas o recibir servicios solo de su parte.

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

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

- Nivel 1 de costos compartidos; genérico preferido: medicamentos de marca o genéricos que están disponibles con los costos compartidos más bajos para este plan.
- Nivel 2 de costos compartidos; genérico: medicamentos genéricos o de marca que el plan ofrece a un costo mayor para usted que los medicamentos genéricos del Nivel 1 preferidos.
- Nivel 3 de costos compartidos; de marca preferida: medicamentos genéricos o de marca que el plan ofrece a un costo menor para usted que los medicamentos del Nivel 4 no preferidos.
- Nivel 4 de costos compartidos; medicamentos no preferidos: Medicamentos genéricos o de marca que el plan ofrece a un costo mayor para usted que los medicamentos de marca preferidos del Nivel 3.
- Nivel 5 de costos compartidos; nivel de especialidad: algunos inyectables y otros medicamentos de alto costo.
- Nivel 6 de Costos Compartidos: Medicamentos de Cuidado Seleccionados: Medicamentos genéricos y de marca seleccionados que se usan para tratar ciertas afecciones crónicas.

Para saber en qué nivel se encuentra su medicamento, búsquelo en nuestra *Lista de Medicamentos*.

La **Sección C del Capítulo 6** de este *Manual para Afiliados* indica la cantidad que paga por medicamentos en cada nivel.

C. Límites de algunos medicamentos

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

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

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

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

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

   Por lo general, los medicamentos genéricos y los biosimilares funcionan igual que los medicamentos de marca o los productos biológicos originales y suelen costar menos. En la mayoría de los casos, si hay una versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o producto biológico original disponible, nuestras farmacias de la red le proporcionan la versión biosimilar genérica o intercambiable.

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

2. **Obtener la aprobación del plan por adelantado**

   Para algunos medicamentos, usted o el profesional que receta deben obtener la aprobación del plan antes de surtir la receta. Esto se denomina autorización previa. Este proceso garantiza la seguridad de los medicamentos y ayuda a guiar el uso adecuado de determinados medicamentos. Si no obtiene la

aprobación, es posible que no cubramos el medicamento. Llame a Servicios para Afiliados al número que se encuentra en la parte inferior de la página o en nuestro sitio web **es-www.humana.com/PAL** para obtener más información sobre la autorización previa.

3. **Probar primero un medicamento diferente**

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

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

4. **Límites de cantidad**

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

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

D. Motivos por los que no se podría cubrir su medicamento

Tratamos de hacer que su cobertura de medicamentos funcione bien, pero, a veces, un medicamento podría no cubrirse de la manera que usted quisiera. Por ejemplo:

- Nuestro plan no cubre el medicamento que desea tomar. El medicamento puede no estar en nuestra *Lista de Medicamentos*. Podemos cubrir una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que desea tomar. Es posible que, si un medicamento es nuevo, no hayamos evaluado su seguridad y eficacia.
- El plan cubre el medicamento, pero hay reglas especiales o límites en la cobertura. Como se explicó en la sección anterior, algunos medicamentos que cubre el plan tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, quizás usted o el profesional que receta deseen solicitarnos una excepción a una regla.
- El medicamento está cubierto, pero en un nivel de costos compartidos que hace que su costo sea más caro de lo que cree que debería ser.

Hay cosas que puede hacer si su medicamento no se cubre de la manera en que le gustaría.

D1. Cómo obtener un suministro temporal

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

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

1. El medicamento que ha estado tomando:
   - ya no está en nuestra *Lista de Medicamentos;* **o**
   - nunca estuvo en nuestra *Lista de Medicamentos;* **o**
   - ahora está limitado de alguna manera.
2. Debe encontrarse en una de estas situaciones:
   - Usted estuvo en el plan el año pasado.
     - Cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
     - Este suministro temporal es de hasta 30 días.
     - Si la receta es para menos días, permitiremos que se surtan varias recetas para proporcionar hasta un máximo de 30 días de medicamento. Debe surtir la receta en una farmacia de la red.
     - Las farmacias de cuidado a largo plazo pueden suministrar el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar que se desperdicie.
   - Se acaba de afiliar al plan.
     - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de afiliación al plan**.
     - Este suministro temporal es de hasta 30 días.
     - Si la receta es para menos días, permitiremos que se surtan varias recetas para proporcionar hasta un máximo de 30 días de medicamento. Debe surtir la receta en una farmacia de la red.
     - Las farmacias de cuidado a largo plazo pueden suministrar el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar que se desperdicie.
   - Es parte del plan hace más de 90 días, vive en un centro de cuidado a largo plazo y requiere un suministro inmediato.
     - Cubriremos un suministro de 31 días o menos, si así lo indica su receta. Esto es adicional al suministro temporal mencionado antes.
     - Suministro de transición para los miembros actuales con cambios en el ajuste del tratamiento
       - A lo largo del año del plan, es posible que cambie su entorno de tratamiento debido al nivel de atención que necesite. Estas transiciones incluyen lo siguiente:

- Los afiliados que son dados de alta de un hospital o centro de enfermería especializada y regresan a su hogar.
- Los afiliados que son admitidos en un hospital o centro de enfermería especializada desde su hogar.
- Los afiliados que se transfieren de un centro de enfermería especializada a otro y reciben servicios por una farmacia diferente.
- Los afiliados que finalizan su estadía en el centro de enfermería especializada cubierta por la Parte A de Medicare (donde los pagos incluyen todos los cargos de farmacia) y que ahora necesitan usar su beneficio del plan de la Parte D.
- Los afiliados que renuncian al estado de hospicio y vuelven a la cobertura estándar de las Partes A y B de Medicare.
- Miembros dados de alta de hospitales psiquiátricos crónicos con regímenes de medicamentos altamente individualizados.

D2. Cómo pedir un suministro temporal

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

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

- Cambie a otro medicamento.

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

  O BIEN

- Pida una excepción.

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

D3. Cómo pedir una excepción

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

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

- Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigencia.

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

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

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

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

- decidir solicitar o no la aprobación previa (PA, por sus siglas en inglés) (nuestro permiso para obtener un medicamento);
- agregar o cambiar la cantidad que puede obtener de un medicamento (límites de cantidad);
- agregar o cambiar las restricciones de la terapia por fases de un medicamento (debe probar un medicamento antes de recibir la cobertura de otro medicamento).

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

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

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

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

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

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

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

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

- Se comercializa un medicamento genérico nuevo. A veces, se comercializa un medicamento genérico o biosimilar nuevo que funciona tan bien como un medicamento de marca o producto biológico

original en la *Lista de Medicamentos* actual. Cuando eso suceda, podemos eliminar el medicamento de marca y agregar el medicamento genérico nuevo, pero el costo del medicamento nuevo permanecerá igual o será inferior.

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

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

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

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

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

  Cuando se producen estos cambios:

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

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

- Si hay un medicamento similar en nuestra *Lista de Medicamentos* que puede tomar en su lugar; **o**
- si debe solicitar una excepción a estos cambios para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando.

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

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

Podemos hacer cambios en los medicamentos que toma que no se describen anteriormente y que no repercuten en usted en este momento. Para tales cambios, si está tomando un medicamento que cubrimos al **principio** del año, en general, no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

Por ejemplo, si eliminamos un medicamento que toma, aumentamos lo que paga por él, limitamos su uso o lo que paga por este durante el resto del año.

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

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

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

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

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

F2. En un centro de cuidados a largo plazo

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

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

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

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

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

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

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

G. Programas sobre seguridad y gestión de los medicamentos

G1. Programas para ayudarlo a consumir medicamentos de forma segura

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

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

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

G2. Programas para recibir ayuda sobre cómo administrar los medicamentos

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

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

Luego, recibirá lo siguiente:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y el profesional que receta pueden apelar. En caso de que presente una apelación, revisaremos su caso y le daremos una respuesta. Si seguimos denegando alguna parte de su apelación relacionada con las

limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviamos automáticamente su caso a una Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés). (A fin de obtener más información sobre las apelaciones y la IRO, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados*).

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

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

Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos de Medicare e Illinois Medicaid

Introducción

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

- medicamentos de la Parte D de Medicare; **y**
- medicamentos y artículos cubiertos por Medicaid; **y**
- medicamentos y artículos cubiertos por nuestro plan, como beneficios adicionales.

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

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

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

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

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

- Cuando utiliza la "Herramienta de Beneficios en Tiempo Real" del plan para buscar cobertura de medicamentos (consulte el **Capítulo 5, Sección B2**), el costo que se muestra es una estimación de los gastos de desembolso personal que se espera que pague. Puede llamar a Servicios para Afiliados para obtener más información.

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

Índice

A. *Explicación de Beneficios* (EOB) 135
B. Cómo hacer un seguimiento de los costos de los medicamentos. 135
C. Etapas de pago de medicamentos para medicamentos de la Parte D de Medicare 137
C1. Nuestro plan tiene 6 niveles de costos compartidos 137
C2. Sus opciones de farmacia 138
C3. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento 138
C4. Lo que usted paga 138
D. Etapa 1: Etapa de Cobertura Inicial 140
D1. Sus opciones de farmacia 140
D2. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento 141
D3. Lo que usted paga 141
D4. Finalización de la Etapa de Cobertura Inicial 143
E. Etapa 2: Etapa de cobertura catastrófica 144
F. El costo de sus medicamentos si su médico prescribe menos de un mes completo de suministro 144
G. Lo que paga por las vacunas de la Parte D 145
G1. Lo que necesita saber antes de vacunarse 145
G2. Lo que paga por una vacuna cubierta por la Parte D de Medicare. 145

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

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

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

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

Cuando obtenga medicamentos mediante nuestro plan, le enviaremos un resumen llamado *Explicación de Beneficios*. La llamamos EOB para abreviar. La EOB no es una factura. En la Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) hay más información sobre los medicamentos, como aumentos en los precios y otros medicamentos con menores costos compartidos que pueden estar disponibles. Puede hablar con su profesional que receta sobre estas opciones de menor costo. La EOB incluye lo siguiente:

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

Ofrecemos cobertura de medicamentos no cubiertos por Medicare.

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

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

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

1. **Utilice la Tarjeta de Identificación del Afiliado.**

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

2. **Asegúrese de que tenemos la información que necesitamos.**

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

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

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

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

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

   Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también forman parte de sus gastos de desembolso personal. Por ejemplo, los pagos realizados por un State Pharmaceutical Assistance Program, un programa de asistencia para medicamentos contra el sida (ADAP, por sus siglas en inglés), Indian Health Service y la mayoría de las organizaciones benéficas forman parte de sus gastos de desembolso personal. Esto puede ayudarlo a ser elegible para cobertura en caso de catástrofe. Cuando llegue a la etapa de cobertura catastrófica, el plan paga todos los costos de los medicamentos de la Parte D de Medicare durante el resto del año.

4. **Compruebe las EOB que le enviamos.**

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

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

¿Qué pasa si encuentra errores en este resumen?

Si encuentra aspectos confusos o que parecen incorrectos en la EOB, llámenos a Servicios para Afiliados a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP).

¿Qué pasa con un posible fraude?

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

- Llámenos a Servicios para Afiliados a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP).
- O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita.
- Si sospecha que un proveedor de Medicaid (p. ej., médico, hospital, hogar de ancianos, asistente personal) o una Organización de Cuidado Médico Administrado comete fraude, llame al 1-844-ILFRAUD/1-844-453-7283.

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

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

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

Etapa 1: Etapa de Cobertura Inicial	Etapa 2: Etapa de Cobertura Catastrófica
Durante esta etapa, pagamos parte de los costos de los medicamentos y usted paga su parte. Su parte se denomina copago. Comienza en esta etapa cuando surte la primera receta del año.	Durante esta etapa, cubrimos todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre. Esta etapa comienza después de pagar una cierta cantidad de gastos de desembolso personal.

C1. Nuestro plan tiene 6 niveles de costos compartidos

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

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

- Nivel 5 de costos compartidos; nivel de especialidad: algunos inyectables y otros medicamentos de alto costo. El copago es de **$1.60 al 28%** del costo del medicamento, según sus ingresos.
- Nivel 6 de Costos Compartidos: Medicamentos de Cuidado Seleccionados que se usan para tratar ciertas afecciones crónicas. El copago es de **$0.**

C2. Sus opciones de farmacia

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

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

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

C3. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

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

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

C4. Lo que usted paga

Es posible que usted pague un copago al surtir una receta. Si los medicamentos cubiertos cuestan menos que el copago, paga el precio más bajo.

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

Si recibe Ayuda Adicional para sus medicamentos, su copago variará en función del nivel de Ayuda Adicional que reciba.

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

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

Su parte del costo cuando obtenga un suministro de un mes o a largo plazo de un medicamento recetado cubierto de los siguientes lugares:

	Una farmacia de la red Un suministro de un mes o de hasta 100 días	**Servicio de pedidos por correo del plan** Un suministro de un mes o de hasta 100 días	**Una farmacia de la red de cuidado a largo plazo** Suministro de hasta 31 días	**Una farmacia fuera de la red*** Suministro de hasta 30 días La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Afiliados* con el fin de obtener más información.
Nivel 1 del costo compartido Medicamentos genéricos preferidos	Copago de $0	Copago de $0, copago de $10 o copago de $30 según la ubicación de la farmacia y el suministro diario	Copago de $0	Copago de $0
Nivel 2 del costo compartido Medicamentos genéricos	Copago de $0	Copago de $0, copago de $20 o copago de $60 según la ubicación de la farmacia y el suministro diario	Copago de $0	Copago de $0
Nivel 3 del costo compartido Medicamentos de marca preferidos	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 4 del costo compartido Medicamentos no preferidos	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 5 del costo compartido Medicamentos de nivel de especialidad	28% de coseguro para un suministro de un mes. No se encuentra disponible ningún suministro a largo plazo de medicamentos del Nivel 5	28% de coseguro para un suministro de un mes. No se encuentra disponible ningún suministro a largo plazo de medicamentos del Nivel 5	28% de coseguro para un suministro de un mes. No se encuentra disponible ningún suministro a largo plazo de medicamentos del Nivel 5	28% de coseguro para un suministro de un mes. No se encuentra disponible ningún suministro a largo plazo de medicamentos del Nivel 5
Nivel 6 del costo compartido Medicamentos de Cuidado Seleccionados	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $0

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

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

D. Etapa 1: Etapa de Cobertura Inicial

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

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

- Nivel 1 de costos compartidos; genérico preferido: medicamentos de marca o genéricos que están disponibles con los costos compartidos más bajos para este plan. El copago es de **$0-$30**, según sus ingresos.
- Nivel 2 de costos compartidos; genérico: medicamentos genéricos o de marca que el plan ofrece a un costo mayor para usted que los medicamentos genéricos del Nivel 1 preferidos. El copago es de **$0-$60**, según sus ingresos.
- Nivel 3 de costos compartidos; de marca preferida: medicamentos genéricos o de marca que el plan ofrece a un costo menor para usted que los medicamentos del Nivel 4 no preferidos. El coseguro es de **$0 al 25%**, según sus ingresos.
- Nivel 4 de costos compartidos; medicamentos no preferidos: Medicamentos genéricos o de marca que el plan ofrece a un costo mayor para usted que los medicamentos de marca preferidos del Nivel 3. El coseguro es de **$0 al 25%**, según sus ingresos.
- Nivel 5 de costos compartidos; nivel de especialidad: algunos inyectables y otros medicamentos de alto costo. El coseguro es de **$0 al 28%**, según sus ingresos.
- Nivel 6 de Costos Compartidos: Medicamentos de Cuidado Seleccionados que se usan para tratar ciertas afecciones crónicas. El copago es de **$0**.

D1. Sus opciones de farmacia

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

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

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

D2. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

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

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

D3. Lo que usted paga

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

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

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

Antes de alcanzar su deducible anual de la Parte D de **$615**, usted pagará:

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

Su parte del costo cuando obtenga un suministro de un mes de un medicamento recetado con cobertura de:

	Una farmacia de la red Un suministro de un mes o de hasta 30 días	**Servicio de pedidos por correo del plan** Un suministro de un mes o de hasta 30 días	**Una farmacia de la red de cuidado a largo plazo** Suministro de hasta 31 días	**Una farmacia fuera de la red*** Suministro de hasta 30 días La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Afiliados* con el fin de obtener más información.
Nivel 1 del costo compartido Medicamentos genéricos preferidos	Copago de $0	Copago de $0 o $10	Copago de $0	Copago de $0

	Una farmacia de la red Un suministro de un mes o de hasta 30 días	**Servicio de pedidos por correo del plan** Un suministro de un mes o de hasta 30 días	**Una farmacia de la red de cuidado a largo plazo** Suministro de hasta 31 días	**Una farmacia fuera de la red*** Suministro de hasta 30 días La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Afiliados* con el fin de obtener más información.
Nivel 2 del costo compartido Medicamentos genéricos	Copago de $0	Copago de $0 o $20	Copago de $0	Copago de $0
Nivel 3 del costo compartido Medicamentos de marca preferidos	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 4 del costo compartido Medicamentos no preferidos	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 5 del costo compartido Medicamentos de nivel de especialidad	28% de coseguro	28% de coseguro	28% de coseguro	28% de coseguro
Nivel 6 del costo compartido Medicamentos de Cuidado Seleccionados	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $0

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

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

	Una farmacia de la red Un suministro de un mes o de hasta 100 días	**Servicio de pedidos por correo del plan** Un suministro de un mes o de hasta 100 días	**Una farmacia de la red de cuidado a largo plazo** Suministro de hasta 100 días
Nivel 1 del costo compartido Medicamentos genéricos preferidos	Copago de $0	Copago de $0 o $30	Copago de $0
Nivel 2 del costo compartido Medicamentos genéricos	Copago de $0	Copago de $0 o $60	Copago de $0
Nivel 3 del costo compartido Medicamentos de marca preferidos	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 4 del costo compartido Medicamentos no preferidos	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 5 del costo compartido Medicamentos de nivel de especialidad	No se encuentra disponible ningún suministro a largo plazo de medicamentos del Nivel 5.		
Nivel 6 del costo compartido Medicamentos no preferidos	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $0

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

D4. Finalización de la Etapa de Cobertura Inicial

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

Ofrecemos medicamentos adicionales que, en general, no están cubiertos en un Plan de Medicamentos recetados de Medicare. Los pagos hechos por estos medicamentos no se consideran gastos de desembolso personal.

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

E. Etapa 2: Etapa de cobertura catastrófica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

G1. Lo que necesita saber antes de vacunarse

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

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

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

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

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

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

1. Usted recibe la vacuna de la Parte D de Medicare y se la colocan en una farmacia de la red.
   - Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada.
   - En el caso de otras vacunas de la Parte D, no paga nada **o** le corresponde pagar un copago.

2. Usted recibe la vacuna de la Parte D de Medicare en el consultorio de su médico, y su médico le administra la vacuna.

- Usted **no paga nada o le corresponde pagarle un copago** al médico por la vacuna.
- El plan paga el costo de darle la inyección.
- En esta situación, el consultorio médico debe llamar al plan para que podamos asegurarnos de que sepan que **no tiene que pagar nada o le corresponde pagar solo un copago** por la vacuna.

3. Obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare en una farmacia y la lleva al consultorio médico para colocársela.

- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada por la vacuna.
- En el caso de otras vacunas de la Parte D, no paga **nada o le corresponde pagar un copago**.
- El plan paga el costo de darle la inyección.

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

Introducción

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

Índice

A. Solicitarnos que paguemos por sus servicios o medicamentos 148

B. Enviarnos una solicitud de pago. 150

C. Decisiones de cobertura 151

D. Apelaciones. 151

A. Solicitarnos que paguemos por sus servicios o medicamentos

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

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

Si recibe una factura por el costo total del cuidado médico o los medicamentos, envíenosla a nosotros. Para enviarnos una factura, consulte la Sección B.

- Si cubrimos los servicios o medicamentos, le pagaremos directamente al proveedor.
- Si cubrimos los servicios o medicamentos, y usted ya pagó más de su parte del costo de la factura, tiene el derecho a un reembolso.
  - Si pagó por servicios cubiertos por Medicare, le devolveremos el dinero.
  - Si pagó los servicios cubiertos por Illinois Medicaid, no podemos hacerle un reembolso, pero el proveedor sí. Los Servicios para Afiliados pueden brindarle ayuda para comunicarse con el consultorio del proveedor. Consulte la parte inferior de la página para ver el número de teléfono de Servicios para Afiliados.
- Si no cubrimos los servicios o medicamentos, se lo diremos.

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

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

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

   Pídale al proveedor que nos facture.

   - Si paga el monto total cuando recibe el cuidado, pídanos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.
   - Puede que reciba una factura del proveedor en la que se solicite un pago que usted cree que no le corresponde. Envíenos la factura junto con el comprobante de cualquier pago realizado.
     - Si el proveedor debe recibir el pago, le pagaremos a él directamente.
     - Si ya ha pagado más de su parte del costo de los servicios de Medicare, calcularemos cuánto debía y le reembolsaremos nuestra parte de los costos.

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

   Los proveedores de la red siempre deben facturarnos. Es importante mostrar su Tarjeta de Identificación del Afiliado cuando reciba servicios o recetas. Sin embargo, puede que cometan un error y le pidan que pague por los servicios o que pague más de la parte del costo que le corresponde. **Llame a Servicios para**

Afiliados si recibe alguna factura.

- Como afiliado al plan, solo tiene que cubrir el costo del copago cuando recibe los servicios que cubrimos. No permitimos que los proveedores le facturen más de esta cantidad. Esto es cierto incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobró por un servicio. Incluso si decidimos no cubrir algunos costos, tampoco tiene que pagarlos.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red que considere que es más de lo que debería pagar, envíenosla. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y nos encargaremos del problema.
- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red por servicios cubiertos por Medicare, pero siente que pagó demasiado, envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado. Le reembolsaremos los servicios cubiertos o la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad que debía según nuestro plan.

3. Si su afiliación al plan es retroactiva

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

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

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

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

- En solo unos pocos casos, cubriremos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le devolvamos nuestra parte del costo.
- Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.
- Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

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

Si no tiene su Tarjeta de Identificación del Afiliado con usted, puede pedir a la farmacia que nos llame o que busque la información de su afiliación.

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

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

Es posible que deba pagar el costo de la receta porque el medicamento no está cubierto.

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

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

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

B. Enviarnos una solicitud de pago

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

A fin de asegurarse de que nos brinda toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamos y solicitar el pago.

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

  Envíe su solicitud de pago junto con las facturas o recibos que ya haya pagado a la siguiente dirección:
  Humana Claims
  PO Box 14359
  Lexington, KY 40512-4359
  - O BIEN -
  Envíe un fax al 888-599-2730

C. Decisiones de cobertura

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

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

El **Capítulo 3** de este *Manual para Afiliados* explica las reglas de cobertura de sus servicios. El **Capítulo 5** de este *Manual para Afiliados* explica las reglas de cobertura de sus medicamentos de la Parte D de Medicare.

- Si decidimos no pagar nuestra parte del costo del servicio o medicamentos, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también explicará sus derechos a presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados*.

D. Apelaciones

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

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

- A fin de presentar una apelación sobre el reembolso de un servicio de cuidado médico, consulte la **Sección F del Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados*.
- A fin de presentar una apelación sobre el reembolso de un medicamento, consulte la **Sección G** de este *Manual para Afiliados*.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

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

Índice

A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades 153

B. Nuestra responsabilidad de brindarle acceso de manera oportuna a los servicios y medicamentos cubiertos 154

C. Nuestra responsabilidad de proteger la información personal sobre su salud (PHI, por sus siglas en inglés) 155

C1. Cómo protegemos su PHI 155

C2. Su derecho a consultar su expediente médico 155

D. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información. 161

E. Incapacidad de los proveedores de la red para facturarle directamente. 162

F. Su derecho a abandonar el plan 162

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su cuidado de la salud. 162

G1. Su derecho a conocer las opciones de tratamiento y tomar decisiones 162

G2. Su derecho a decir lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por su cuenta 163

G3. Qué hacer si no se siguen las instrucciones 164

H. Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones 164

H1. Qué hacer con respecto al trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos . . .165

I. Sus responsabilidades como afiliado al plan 165

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

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

- Para obtener información de una manera que pueda entender, llame a Servicios para Afiliados. El plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas en distintos idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en otros idiomas además del inglés, incluido el español, y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para Afiliados o escriba a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP), PO Box 14359 Lexington, KY 40512-4169.
    - Puede hacer una solicitud permanente para obtener materiales, ahora y en el futuro, en un idioma distinto del inglés llamando a Servicios para Afiliados al número de la parte inferior de la página.
    - Mantendremos su idioma preferido distinto del inglés y/o el formato alternativo para futuros envíos y comunicaciones.
    - No tendrá que realizar una solicitud independiente cada vez.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas de idioma o discapacidad y desea presentar una queja formal, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede presentar una queja formal ante Illinois Medicaid llamando a la Línea Directa de Beneficios de Salud de Illinois al 1-800-226-0768. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-204-1012.
- Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

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

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

- Para obtener información en una forma que pueda comprender, llame a Servicios para Afiliados. El plan cuenta con servicios gratuitos de intérpretes disponibles para responder preguntas en diferentes idiomas.

- Nuestro plan también puede proporcionarle sus materiales en otros idiomas además del español, como el inglés, y en formatos tales como letra grande, Braille o audio. Puede hacer un pedido permanente para recibir los materiales, ahora y en el futuro, en un idioma que no sea inglés. Conservaremos su idioma preferido que no sea inglés y/o un formato alternativo para futuras comunicaciones y correspondencia. No tendrá que hacer una solicitud por separado cada vez. Si desea cambiar su pedido permanente, llame a Servicios para Afiliados al 1-800-787-3311 (TTY: 711) Servicios para Afiliados está disponible los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local.
- Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan debido a problemas con el idioma o una discapacidad, y quiere presentar una queja, llame a:
  - Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
  - También puede llamar a la Línea Directa de Beneficios de salud de Illinois al 1-800-226-0768 para presentar una queja ante Medicaid de Illinois. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-204-1012.
  - Llame a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

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

Usted tiene derechos como afiliado a nuestro plan

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

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

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

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

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

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

C1. Cómo protegemos su PHI

Garantizamos que las personas no autorizadas no puedan ver ni cambiar sus registros.

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

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

- Debemos divulgar PHI a las agencias gubernamentales que comprueben la calidad del cuidado de nuestro plan.
- Debemos divulgar la PHI por orden judicial.
- Debemos darle a Medicare su PHI, incluida la información sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Si Medicare libera su Información Personal sobre Salud (PHI, por sus siglas en inglés) para investigaciones u otros usos, se realizará de acuerdo con las leyes federales.
- Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) colabora con el Estado de Illinois para detener nuevos casos de VIH. El Departamento de Salud Pública de Illinois comparte los datos sobre el VIH que tiene con las Organizaciones de Cuidado Médico Administrado de Medicaid e IL Medicaid para cuidar mejor a las personas que tienen VIH. El nombre, la fecha de nacimiento, el Número de Seguridad Social (SSN, por sus siglas en inglés), el estado serológico respecto al VIH y otra información se comparte de forma segura para todos los afiliados a Medicaid.

C2. Su derecho a consultar su expediente médico

- Tiene derecho a ver su expediente médico y obtener una copia. Podemos cobrarle una tarifa por hacer una copia de su expediente médico.

- Tiene derecho a pedirnos que hagamos adiciones o correcciones en su expediente médico. Si nos pide que hagamos esto, trabajamos con su proveedor de cuidado de la salud para decidir si los cambios deben hacerse.
- Tiene derecho a saber si compartimos su PHI con otras personas y de qué manera lo hacemos para cualquier fin que no sea rutinario.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su PHI, llame a Servicios para Afiliados.

Seguro ACE

Aviso sobre Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN QUE SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED, Y LA FORMA EN QUE USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETALLADAMENTE.

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

Este Aviso sobre Prácticas de Privacidad se aplica a todas las entidades que forman parte del Seguro ACE, una Entidad Afiliada Cubierta conforme a la Ley HIPAA. El ACE es un grupo de entidades cubiertas legalmente separadas que están afiliadas y se han designado a sí mismas como una única entidad cubierta a los fines de la Ley HIPAA. Para ver una lista completa de los afiliados de ACE, visite https://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 realicemos un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, modificaremos este aviso y enviaremos a los afiliados de nuestros planes de salud el aviso correspondiente.

¿Qué es la información personal o de salud privada?

La información personal o de salud no pública incluye tanto información médica como información personal, como su nombre, dirección, número de teléfono, número de Seguro Social, números de cuenta, información sobre pagos o información demográfica. El término “información” en este aviso incluye cualquier información personal y de salud sea privada. Esto incluye información creada o recibida por un proveedor de cuidado de la salud o plan de salud. La información se relaciona con su salud o afección física o mental, la prestación de cuidado de la salud o el pago por dicho cuidado.

¿Cómo recopilamos información sobre usted?

Recopilamos información sobre usted y su familia cuando completa solicitudes y formularios. También recopilamos información de sus transacciones con nosotros, con nuestros afiliados y con otros. Por ejemplo, es posible que recibamos información sobre usted de participantes del sistema del cuidado de la salud, como su médico u hospital, así como de empleadores o administradores de planes, agencias de información de crédito y del Medical Information Bureau (Agencia de Información Médica).

¿Qué información recibimos sobre usted?

La información que recibimos puede incluir datos como su nombre, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de 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. Contamos con procedimientos administrativos, técnicos y físicos para proteger su información de diversas formas, entre las que se incluyen:

- Limitamos el acceso de quiénes pueden ver su información.
- Limitamos la forma en que usamos o divulgamos su información.
- Le informamos acerca de nuestras obligaciones legales con respecto a su información.
- Capacitamos a nuestros empleados en nuestro programa y procedimientos de privacidad.

¿Cómo usamos y divulgamos su información?

Usamos y divulgamos su información:

- A usted o a cualquier persona que tenga derecho legal para actuar en su nombre.
- Al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Tenemos derecho a usar y divulgar su información:

- A un médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud para que usted pueda recibir cuidado médico.
- Para las actividades de pago, incluidos el pago de las reclamaciones de servicios cubiertos que le proporcionaron los proveedores de cuidado de la salud y el pago de las primas del plan de salud.
- Para las actividades operativas de cuidado de la salud, lo que incluye procesar su afiliación, responder a sus preguntas, coordinar su cuidado, mejorar la calidad y determinar primas.
- Podemos divulgar su información para realizar actividades de evaluación de riesgo. Sin embargo, no utilizaremos ningún resultado de pruebas genéticas ni formularemos preguntas en relación con el historial familiar.
- Al patrocinador de su plan para permitirle realizar funciones de administración del plan, como elegibilidad y actividades de afiliación y desafiliación. En ciertas situaciones, podemos compartir con el patrocinador de su plan información de salud resumida sobre usted. Por ejemplo, para permitir que el patrocinador de su plan obtenga ofertas de otros planes de salud. Su información de salud detallada no se compartirá con el patrocinador de su plan. Le solicitaremos su autorización o el patrocinador de su plan deberá confirmar que acepta conservar la privacidad de su información.
- Para comunicarnos con usted y brindar información sobre los beneficios y servicios relacionados con la salud, recordatorios de citas o alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés. Si usted optó por no recibir este tipo de información, no nos comunicaremos con usted.

- A sus familiares y amigos si no puede comunicarse, como en un caso de emergencia.
- A sus familiares y amigos, o a cualquier otra persona que usted indique. Esto se aplica si la información es directamente relevante en la participación de ellos en su cuidado de la salud o el pago de ese cuidado. Por ejemplo, si un familiar o un cuidador nos llama con conocimientos previos acerca de una reclamación, podemos confirmar si la reclamación se recibió y se pagó.
- Con el fin de proveer información de pago al suscriptor para sustentación ante Internal Revenue Service.
- A las agencias de salud pública si consideramos que existe una grave amenaza para la salud o seguridad.
- A las autoridades pertinentes cuando haya dificultades de abuso, negligencia o violencia familiar.
- En respuesta a una orden administrativa o de un tribunal, citación, solicitud de hallazgos u otros procesos legales.
- Con fines de aplicación de la ley, a las autoridades militares y según sea exigido de cualquier otra forma por la ley.
- Para ayudar con los esfuerzos de ayuda en caso de desastres.
- Para los programas de cumplimiento y actividades de supervisión de salud.
- Para cumplir nuestras obligaciones bajo contrato o en virtud de la ley del programa de compensación laboral.
- Para evitar una grave e inminente amenaza a su salud o seguridad, o para la salud o seguridad de otras personas.
- Con fines de investigación en circunstancias limitadas y siempre que se hayan tomado las medidas apropiadas para proteger su privacidad.
- Para la obtención, remisión al banco de órganos o trasplante de órganos, ojos o tejido.
- A un médico forense, examinador médico o director funerario.

Restricción adicional sobre el uso y la divulgación de tipos específicos de información:

- Algunas leyes federales y estatales pueden restringir el uso y la divulgación de determinada información médica confidencial, como la siguiente información: trastorno por consumo de sustancias; información biométrica; abuso o negligencia de menores o de adultos, incluida la agresión sexual; enfermedades contagiosas; información genética; VIH/SIDA; salud mental; salud reproductiva y enfermedades de transmisión sexual.
- Información sobre la salud reproductiva: no usaremos ni divulgaremos información para llevar a cabo una investigación sobre la identificación de ninguna persona (o sobre el intento de imponer responsabilidad contra ninguna persona) por el acto de buscar, obtener, proporcionar o facilitar el cuidado legal de la salud reproductiva. En respuesta a una solicitud de información de una agencia gubernamental (u otra persona) que podría estar relacionada con el cuidado de salud reproductiva, la persona que realiza la solicitud debe proporcionar una declaración firmada de que el propósito de la solicitud no infringe la prohibición de divulgar información de cuidado de la salud reproductiva.

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

No utilizaremos ni divulgaremos su información por ninguna razón que no se haya descrito en este aviso sin su permiso por escrito. Usted puede cancelar su permiso en cualquier momento si nos lo notifica por escrito.

Los siguientes usos y divulgaciones requerirán su permiso por escrito:

- La mayoría de los usos y las divulgaciones de las notas de psicoterapia
- Propósitos de mercadeo
- Venta de información personal y de salud

¿Qué hacemos con su información cuando usted deja de ser afiliado?

Su información podrá seguirse usando para los fines descritos en este aviso. Esto incluye cuando usted no obtiene cobertura a través de nosotros. Después del período de retención legal obligatorio, la información se destruye siguiendo procedimientos estrictos para mantener la confidencialidad.

¿Cuáles son mis derechos con respecto a mi información?

Tenemos el compromiso de responder a su solicitud sobre sus derechos de manera oportuna

- Acceso: tiene derecho a revisar y obtener una copia de su información que puede utilizarse para tomar decisiones relacionadas con usted. También puede recibir un resumen de esta información de salud. Conforme a la legislación vigente, pondremos esta información personal a su disposición o a la de su representante designado.
- Decisión adversa sobre la evaluación de riesgo: si rechazamos su solicitud de seguro, tiene derecho a recibir un motivo para la denegación.
- Comunicaciones alternativas: para evitar una situación que ponga en riesgo la vida, usted tiene derecho a recibir su información de una manera diferente o en un lugar diferente. Acomodaremos su solicitud si es razonable.
- Enmienda: usted tiene derecho a solicitar la corrección de cualquier parte de esta información personal mediante enmienda o eliminación. En un plazo de 60 días hábiles a partir de la recepción de su solicitud por escrito, le notificaremos nuestra enmienda o eliminación de la información en disputa, o de nuestra negativa a realizar tal corrección después de más investigaciones.
- Si nos negamos a enmendar o eliminar la información en disputa, usted tiene derecho a enviarnos una declaración por escrito de los motivos de su desacuerdo con nuestra evaluación de la información en disputa y lo que usted considera como la información correcta. Pondremos dicha declaración a disposición de todas las partes que revisen la información en disputa.*
- Divulgación: usted tiene derecho a recibir una lista de casos en los que nosotros o nuestros socios comerciales hayamos divulgado su información. Esto no se aplica a tratamientos, pagos, actividades operativas del plan de salud y otras actividades determinadas. Mantenemos esta información y la ponemos a su disposición durante un período de seis años. Si solicita esta lista más de una vez en un período de 12 meses, puede que le cobremos un cargo razonable según los costos.
- Aviso: Tiene derecho a solicitar y recibir una copia por escrito de este aviso en cualquier momento que la solicite.

- Restricción: tiene derecho a solicitar que se limite la manera en que se utiliza o divulga su información. No estamos obligados a aceptar esta limitación, pero si lo hacemos acataremos nuestro acuerdo. Usted también tiene derecho a aceptar o poner término a una limitación previamente presentada.

Si creo que se ha violado mi privacidad, ¿qué debo hacer?

Si cree que se ha violado su privacidad, puede presentarnos una queja si nos llama al 866-861-2762 en cualquier momento.

También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés). Le suministraremos la dirección regional de la OCR que corresponda, si así lo solicita. También puede enviar su queja por correo electrónico a **OCRComplaint@hhs.gov**. Si decide presentar una queja, sus beneficios no se verán afectados y no aplicaremos sanciones ni tomaremos represalias en su contra en ningún caso.

Respaldamos su derecho a proteger la privacidad de su información personal y de salud.

Nuestras Responsabilidades

- La ley nos exige mantener la privacidad y la seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso y proporcionarle una copia de dicho aviso.
- No utilizaremos ni compartiremos su información excepto según se describe aquí, a menos que usted nos informe por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

¿Cómo ejerzo mis derechos o cómo obtengo una copia de este aviso?

Puede ejercer todos sus derechos de privacidad obteniendo los formularios aplicables. Para obtener estos formularios:

- Comuníquese con nosotros al 866-861-2762
- Acceda a nuestro sitio web en es-www.humana.com y vaya al enlace Privacy Practices (Prácticas de Privacidad)
- Envíe el formulario de solicitud completado a:
  Humana Inc.
  Privacy Office 003/10911
  101 E. Main Street
  Louisville, KY 40202

* Este derecho solo se aplica a los residentes de Massachusetts de acuerdo con las regulaciones estatales.

D. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información

Como afiliado del plan, tiene derecho a obtener información sobre el plan, nuestros proveedores de la red y los servicios cubiertos.

Si no habla inglés, tenemos servicios de intérpretes para responder las preguntas que pueda tener sobre nuestro plan. Para obtener un intérprete, llame a Servicios para Afiliados. Este servicio es gratuito para usted.

La información también está disponible en español. También podemos brindarle información en letra grande, braille o audio. Puede solicitar formatos alternativos llamando a Servicios para Afiliados.

Si desea obtener información sobre cualquiera de las siguientes opciones, llame a Servicios para Afiliados.

- Cómo elegir o cambiar planes.
- El plan, que incluye lo siguiente:
  - Información financiera.
  - Cómo nos calificaron los afiliados del plan.
  - La cantidad de apelaciones que presentaron los afiliados.
  - Cómo abandonar el plan.
- Nuestros proveedores de la red y nuestras farmacias de la red, que incluyen lo siguiente:
  - Cómo elegir o cambiar proveedores de cuidado primario.
  - Calificaciones de los proveedores y las farmacias de la red.
  - cómo pagamos a los proveedores de la red.
- Servicios y medicamentos cubiertos, que incluyen lo siguiente:
  - Servicios (consulte los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual para Afiliados*) y medicamentos (consulte los **Capítulos 5 y 6** de este *Manual para Afiliados*) cubiertos por nuestro plan
  - Los límites a su cobertura y medicamentos.
  - Las reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos.
- Por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados*), lo que incluye pedirnos que hagamos lo siguiente:
  - Indicar por escrito por qué un producto o servicio no está cubierto.
  - Cambiar una decisión que tomamos.
  - Pagar una factura que recibió.

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

Los médicos, los hospitales y otros proveedores de la red no pueden hacerle pagar servicios cubiertos. Tampoco pueden saldar la factura o cobrarle si pagamos por menos de la cantidad que el proveedor cobró. Para saber qué hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle los servicios cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Afiliados.*

F. Su derecho a abandonar el plan

Nadie puede obligarlo a quedarse en el plan si no lo desea.

- Tiene el derecho de obtener la mayoría de sus servicios de cuidado de la salud a través de Medicare Original u otro plan Medicare Advantage (MA).
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare de un plan de medicamentos o de otro plan MA.
- Consulte el **Capítulo 10** de este *Manual para Afiliados*:
  - Para obtener más información sobre cuándo puede unirse a un plan de beneficios nuevo para medicamentos o MA.
  - Para obtener información sobre cómo obtendrá los beneficios de Illinois Medicaid si abandona nuestro plan.

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

Tiene derecho a recibir información completa de sus médicos y otros proveedores de cuidado de la salud para ayudarlo a tomar decisiones sobre el cuidado de su salud.

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

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

- **Conocer sus opciones.** Tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, sin importar lo que cuestan ni si están cubiertas por nuestro plan. Esto también incluye ser informado acerca de los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los afiliados a manejar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo. Debemos informarle con antelación si un servicio o tratamiento forma parte de un experimento de investigación. Tiene derecho de rechazar tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda opinión.** Tiene derecho a consultar con otro médico antes de decidir sobre el tratamiento.
- **Decir que no.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a irse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no lo haga. Tiene derecho a dejar de tomar un medicamento recetado. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento

recetado, no lo eliminaremos de nuestro plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar medicamentos, usted acepta la responsabilidad total de lo que le suceda.

- **Solicitar que le expliquemos por qué un proveedor negó el cuidado.** Tiene derecho a obtener una explicación si un proveedor le negó el cuidado que usted considera que debería recibir.
- **Solicitarnos que cubramos un servicio o medicamento que hayamos negado o que normalmente no tiene cobertura.** Esto se denomina decisión de cobertura. En el **Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados,* se informa cómo pedirnos una decisión de cobertura.

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

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por sí mismas. Antes de que esto le ocurra, usted puede hacer lo siguiente:

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

El documento legal que puede usar para dar sus instrucciones se denomina “instrucciones anticipadas”. Hay cuatro tipos de instrucciones anticipadas en Illinois, así como diferentes nombres para ellas:

- Poder Legal para el Cuidado de la Salud: le permite elegir a alguien para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud si está demasiado enfermo como para decidir por usted mismo.
- Testamento Vital: le informa a su médico y a otros proveedores qué tipo de cuidado desea si tiene una enfermedad terminal y no mejorará.
- Preferencia de Salud Mental: le permite decidir si desea recibir algunos tipos de tratamientos de salud mental que podrían ser de ayuda.
- Orden de No Reanimar (DNR, por sus siglas en inglés): esta orden le informa a su familia y a todos sus médicos y otros proveedores lo que usted desea hacer en caso de que su corazón o respiración se detengan.

Puede obtener más información sobre las instrucciones anticipadas de su plan de salud o de su médico. Si lo hospitalizan, pueden preguntarle si tiene un documento de instrucciones anticipadas. No es obligatorio tener uno. No es necesario que tenga uno para recibir cuidado médico, pero la mayoría de los hospitales recomiendan que lo tenga. Puede optar por tener una o más de estas instrucciones anticipadas si lo desea y puede cancelarlas o cambiarlas en cualquier momento.

No es obligatorio que tenga instrucciones anticipadas, pero puede hacerlo. Esto es lo que debe hacer si desea utilizar instrucciones anticipadas:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de su médico, de un trabajador social o de algunas tiendas de suministros para consultorios. Las farmacias y los consultorios de proveedores a menudo tienen los formularios. Puede encontrar un formulario gratuito en línea y descargarlo. Hable con su proveedor para obtener un formulario de instrucciones anticipadas. También puede descargar

los formularios del Departamento de Salud Pública de Illinois, en **www.dph.illinois.gov/topics-services/health-care-regulation/nursing-homes/advance-directives.html#forms**, y comunicarse con Servicios para Afiliados para solicitarlo.

- **Complete el formulario y fírmelo.** El formulario es un documento legal. No necesita un abogado para llenar las instrucciones anticipadas. Aun así, puede considerar la posibilidad de pedirle a un abogado o a otra persona de su confianza, como un familiar o su PCP, que le brinde ayuda para completarlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas que necesiten saber cómo desea recibir cuidado durante una enfermedad o emergencia médica. El formulario les dirá cómo desea que le brinde cuidado, incluso cuando ya no pueda hablar por su cuenta.** Dé una copia del formulario a su médico. Después de completar el formulario, se incluirá en su archivo médico. También debe entregar una copia a la persona que nombre para que tome decisiones por usted. Se recomienda que le dé copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en un lugar seguro de su hogar.
- Si está hospitalizado y tiene un documento de instrucciones anticipadas firmado, **lleve una copia al hospital.**
  - El hospital le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
  - Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

Tiene derecho a lo siguiente:

- Hacer que sus instrucciones anticipadas se coloquen en su expediente médico.
- Cambiar o cancelar sus instrucciones anticipadas en cualquier momento.
- Elija si desea completar o no un documento de instrucciones anticipadas.

Por ley, nadie puede negarle cuidado ni discriminarlo por el hecho de haber firmado o no instrucciones anticipadas. Llame a Servicios para Afiliados para obtener más información.

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

Si ha firmado un documento de instrucciones anticipadas y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones de este, puede presentar una queja formal llamando a la Línea de Ayuda para Personas Mayores al 1-800-252-8966 de 8:30 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327. La llamada es gratuita.

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

En el **Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados*, se informa qué puede hacer si tiene algún problema o inquietud sobre sus servicios o cuidados cubiertos. Por ejemplo, podría pedirnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja formal.

Tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y quejas que otros afiliados del plan han presentado contra nosotros. Llame a Servicios para Afiliados para obtener esta información. Tiene derecho

a recibir un trato respetuoso y al reconocimiento de su **dignidad** y su derecho a la privacidad. Tiene derecho a hacer recomendaciones con respecto a la política de derechos y responsabilidades de los afiliados a la organización.

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

Si cree que recibió un trato injusto, y **no** se trata de discriminación por las razones enumeradas en el **Capítulo 11** de este *Manual para Afiliados*, o si desea más información sobre sus derechos, puede llamar a:

- Servicios para Afiliados.
- El Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores (SHIP, por sus siglas en inglés) al 1-800-252-8966. A fin de obtener más información sobre el Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores (SHIP), consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para Afiliados*.
- El Programa del Mediador al 1-800-252-8966. A fin de obtener más información sobre este programa, consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para Afiliados.*

Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede leer o descargar "Derechos y Protecciones de Medicare", que se encuentra en el sitio web de Medicare en **www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf**).

La Línea de Ayuda para Personas Mayores al 1-800-252-8966 de 8:30 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327. La llamada es gratuita.

I. Sus responsabilidades como afiliado del plan

Como afiliado al plan, tiene la responsabilidad de hacer lo que se enumera a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Afiliados.

- **Lea este *Manual para Afiliados para*** conocer qué cubre el plan y las reglas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener más información sobre lo siguiente:
  - Servicios cubiertos; consulte los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual para Afiliados*. Esos capítulos le indican qué está cubierto, qué no está cubierto, qué reglas debe seguir y cuánto paga.
  - Medicamentos cubiertos, consulte los **Capítulos 5 y 6** de este *Manual para Afiliados*.
- **Infórmenos de cualquier otra cobertura médica o de medicamentos recetados** que tenga**.** Debemos asegurarnos de que usa todas sus opciones de cobertura cuando reciba cuidado de la salud. Llame a Servicios para Afiliados si tiene otra cobertura.
- **Dígale a su médico y a otros proveedores del cuidado de la salud** que está afiliado a nuestro plan. Muestre la Tarjeta de Identificación del Afiliado cada vez que surta una receta.
- **Ayude a sus médicos** y otros proveedores de cuidado de la salud a brindarle la mejor atención.
  - Bríndeles la información que necesitan sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento e instrucciones que usted y sus proveedores acuerden.

  - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores sepan sobre todos los medicamentos que toma. Esto incluye medicamentos recetados, medicamentos de venta sin receta, vitaminas y suplementos.
  - Haga cualquier pregunta que tenga. Sus médicos y otros proveedores deben darle explicaciones que usted pueda entender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a hacerla.

- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros afiliados respeten los derechos de otros. También esperamos que sea respetuoso en el consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios de proveedores.
- **Pague lo que debe.** Como afiliado al plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Primas de la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los afiliados a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP), Medicaid paga la prima de la Parte A y la prima de la Parte B de Medicare.
  - Debe pagar su parte del costo cuando reciba algunos de los servicios y apoyos a largo plazo o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Esto será un copago. En el **Capítulo 6** de este *Manual para Afiliados*, se le informa qué debe pagar por sus medicamentos.
  - **Si recibe algún servicio o medicamento que no está cubierto por el plan, debe pagar el costo completo.** (**Tenga en cuenta lo siguiente:** Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener información sobre cómo presentar una apelación).
- **Infórmenos si se muda.** Si planea mudarse, infórmenos inmediatamente. Llamar a Servicios para Afiliados.
  - **Si se muda fuera del área de servicio, no puede permanecer en el plan.** Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden ser afiliados de este plan. El **Capítulo 1** de este *Manual para Afiliados* informa sobre nuestra área de servicio.
  - Podemos ayudarlo a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Durante un período especial de inscripción, puede cambiar a Medicare Original o afiliarse a un plan de salud o medicamentos de Medicare en su nueva ubicación. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva área.
  - Informe a Medicare y a Illinois Medicaid su nueva dirección cuando se mude. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para Afiliados* para conocer los números de teléfono de Medicare y de Illinois Medicaid.
  - **Incluso si se muda dentro de nuestra área de servicio, debemos saberlo.** Necesitamos mantener su registro de afiliación actualizado y saber cómo contactarnos con usted.
  - **Si se muda, infórmelo al Seguro Social (o a Railroad Retirement Board)**.
- **Llame a Servicios para Afiliados para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.**

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Introducción

En este capítulo, se incluye información sobre sus derechos. Lea este capítulo para averiguar qué hacer en los siguientes casos:

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

En este capítulo, se incluyen diferentes secciones para ayudarlo a encontrar fácilmente lo que está buscando. **Si tiene un problema o inquietud, lea las partes de este capítulo que se adaptan a su situación.**

Si tiene algún problema con su salud o con los servicios y apoyos a largo plazo

Debe recibir el cuidado de la salud, los medicamentos y los servicios y apoyos a largo plazo que su médico y otros proveedores determinen que son necesarios para su cuidado como parte de su plan de cuidado. Si tiene un problema con su cuidado, puede llamar a la Línea de Ayuda para Personas Mayores al 1-800-252-8966; los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327. Este capítulo explica las opciones que tiene para diferentes problemas y quejas formales, pero siempre puede llamar a la Línea de Ayuda para Personas Mayores para resolver su problema. La Línea de Ayuda para Personas Mayores ayudará a cualquier persona de cualquier edad que se inscriba en este plan. A fin de obtener más recursos para abordar sus preocupaciones y formas de comunicarse con ellos, consulte el **Capítulo 2**; allí hay más información sobre los programas de mediadores.

Índice

A. Qué hacer si tiene un problema o una inquietud 170
A1. Acerca de los términos legales 170
B. Dónde obtener ayuda 170
B1. Para obtener más información y ayuda 170
C. Comprender las quejas formales y las apelaciones de Medicare e Illinois Medicaid en nuestro plan . . . 171
D. Problemas con sus beneficios 171

E. Decisiones y apelaciones relativas a la cobertura 172
E1. Decisiones de cobertura 172
E2. Apelaciones 172
E3. Ayuda con decisiones y apelaciones de cobertura 173
E4. Qué sección de este capítulo puede ayudarlo 173
F. Cuidado médico 174
F1. Uso de esta sección 175
F2. Solicitar una decisión de cobertura 175
F3. Hacer una Apelación de Nivel 1 177
F4. Hacer una Apelación de Nivel 2 180
F5. Problemas con los pagos 184
G. Medicamentos de la Parte D de Medicare 185
G1. Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D de Medicare 185
G2. Excepciones a la Parte D de Medicare 186
G3. Consideraciones importantes que debe saber para solicitar una excepción 188
G4. Solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción 189
G5. Hacer una Apelación de Nivel 1 191
G6. Hacer una Apelación de Nivel 2 193
H. Solicitud para que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada 194
H1. Aprender sobre sus derechos de Medicare 194
H2. Hacer una Apelación de Nivel 1 195
H3. Hacer una Apelación de Nivel 2 197
I. Solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos 197
I1. Aviso previo antes de que termine su cobertura 198
I2. Hacer una Apelación de Nivel 1 198
I3. Hacer una Apelación de Nivel 2 199
J. Llevar la apelación más allá del Nivel 2 200
J1. Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medicare 200
J2. Apelaciones adicionales de Illinois Medicaid 201

J3. Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare 202

K. Cómo realizar una queja 203

K1. Qué tipo de problemas deben ser quejas 203

K2. Quejas internas 205

K3. Quejas externas 206

A. Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo, se explica cómo encargarse de los problemas y las inquietudes. El proceso que utilice depende del tipo de problema que tenga. Utilice un proceso para **las decisiones y apelaciones de cobertura** y otro para **presentar quejas** (también llamadas "quejas formales").

Para garantizar la equidad y la rapidez, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que tanto nosotros como usted debemos seguir.

A1. Acerca de los términos legales

En este capítulo, hay términos legales para algunas reglas y plazos. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, por lo que utilizamos palabras más simples en lugar de ciertos términos legales cuando sea posible. También utilizamos abreviaturas lo menos posible.

Por ejemplo, decimos:

- "realizar una queja" en lugar de "presentar una queja formal";
- "decisión de cobertura" en lugar de "determinación de la organización", "determinación de beneficios", "determinación de riesgo" o "determinación de cobertura";
- "decisión de cobertura rápida" en lugar de "determinación acelerada";
- "Organización de Revisión Independiente" (IRO, por sus siglas en inglés) en lugar de "Entidad de Revisión Independiente" (IRE, por sus siglas en inglés).

Conocer los términos legales adecuados puede ayudarlo a comunicarse con más claridad, por lo que también se los proporcionamos.

B. Dónde obtener ayuda

B1. Para obtener más información y ayuda

A veces, es confuso iniciar o seguir el proceso para lidiar con un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o no tiene mucha energía. En otras ocasiones, es posible que no tenga la información que necesita para dar el siguiente paso.

Ayuda del Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores (SHIP)

Puede llamar al Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores (SHIP). Los consejeros del SHIP pueden responder sus preguntas y brindarle ayuda para que entienda qué hacer a fin de resolver su problema. Los asesores del SHIP pueden brindarle ayuda sin importar su edad. El SHIP no está relacionado con nosotros ni con ninguna empresa de seguros o plan de salud. El número de teléfono del SHIP es 1-800-252-8966 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327), y su sitio web es ilaging.illinois.gov/ship.html. La llamada y la ayuda son gratuitas.

Ayuda e información de Medicare

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

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

Ayuda e información de Illinois Medicaid

Puede llamar al Estado de Illinois directamente para obtener ayuda si tiene problemas. Llame a la Línea Directa de Beneficios de Salud del Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios Familiares de Illinois al 1-800-226-0768 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-204-1012), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. La llamada es gratuita. También puede llamar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés). En Illinois, este es el programa Commence Health BFCC-QIO; puede llamar al 1-888-524-9900; los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-985-8775. Se trata de un grupo de médicos y otros proveedores de cuidado de la salud que ayudan a mejorar la calidad del cuidado de las personas con Medicare. No se relaciona con nuestro plan.

C. Comprender las quejas formales y las apelaciones de Medicare e Illinois Medicaid en nuestro plan

Tiene Medicare e Illinois Medicaid. La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare e Illinois Medicaid. A veces, se lo denomina “proceso integrado” porque combina o integra los procesos de Medicare e Illinois Medicaid.

A veces, los procesos de Medicare e Illinois Medicaid no se pueden combinar. En esas situaciones, usa un proceso para un beneficio de Medicare y otro proceso para un beneficio de Illinois Medicaid. En la **Sección F4,** se explican estas situaciones.

D. Problemas con sus beneficios

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

¿Su problema o inquietud es acerca de sus beneficios o cobertura? Esto incluye problemas sobre si algunos cuidados médicos (artículos médicos, servicios y/o medicamentos de la Parte B) están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y problemas sobre el pago del cuidado médico.	
Sí. Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura. Consulte la **Sección E**, “Decisiones y apelaciones de cobertura”.	**No** Mi problema no es sobre los beneficios o la cobertura. Consulte la **Sección K**“Cómo realizar una queja”.

E. Decisiones y apelaciones relativas a la cobertura

El proceso para solicitar una decisión de cobertura y hacer una apelación trata con problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura para su cuidado médico (servicios, artículos y medicamentos recetados de la Parte B, incluido el pago). Para mantener las cosas simples, generalmente, nos referimos a artículos médicos, servicios y medicamentos de la Parte B como **cuidado médico**.

E1. Decisiones de cobertura

La decisión de cobertura es una determinación que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura, o sobre el importe que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, si el proveedor de la red de su plan lo remite a un especialista médico fuera de la red, este referido se considera una decisión favorable, a menos que su proveedor de la red pueda demostrar que recibió una notificación de denegación estándar para este médico especialista, o que el servicio referido nunca esté cubierto bajo ninguna condición (consulte la **Sección H del Capítulo 4** de este *Manual para Afiliados*).

Usted o su médico también pueden ponerse en contacto con nosotros y solicitar una decisión de cobertura. Usted o su médico pueden no estar seguros de si cubrimos un servicio médico específico o si podemos negarnos a proporcionarle el cuidado médico que cree que necesita. **Si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura por usted.**

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué incluye su cobertura y cuánto pagamos. En algunos casos, podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o ya no está cubierto por Medicare o Illinois Medicaid. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

E2. Apelaciones

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho con ella, puede “apelar” la decisión. La apelación consiste en pedirnos de manera formal que revisemos y cambiemos una decisión sobre cobertura que hicimos.

Cuando apela una decisión por primera vez, se denomina una Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que hicimos para comprobar si seguimos todas las reglas correctamente. Otros revisores que los que tomaron la decisión desfavorable original se encargan de su apelación.

Cuando completamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, explicadas más adelante en este capítulo, puede solicitar una decisión de cobertura acelerada o “decisión de cobertura rápida” o “apelación rápida” de una decisión de cobertura.

Si decimos **“No”** a parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta. Si su problema está relacionado con la cobertura de cuidado médico de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente (IRO) para realizar una Apelación de Nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de la Parte D de Medicare o de Medicaid, la carta le informará cómo presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo cubierto por Medicare y Medicaid, la carta le brindará información sobre ambos tipos de Apelaciones de Nivel 2.

Si no está satisfecho con la decisión de la Apelación de Nivel 2, puede continuar con niveles adicionales de apelación.

E3. Ayuda con decisiones y apelaciones de cobertura

Puede solicitar ayuda a cualquiera de los siguientes:

- **Servicios para Afiliados** en los números de la parte inferior de la página.
- **Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores (SHIP)** al 1-800-252-8966 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327), y su sitio web es ilaging.illinois.gov/ship.html.
- **Su médico u otro proveedor.** Su médico u otro proveedor puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación en su nombre.
- **Un amigo o miembro de la familia.** Puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su "representante" para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- **Un abogado.** Tiene derecho a un abogado, pero **no está obligado a tener uno** para solicitar una decisión de cobertura o hacer una apelación.
  - Llame a su propio abogado u obtenga el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio referido. Algunos grupos brindan servicios legales gratuitos si usted es elegible.
  - Llame a la Línea Directa de Beneficios de Salud del Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios Familiares de Illinois para obtener ayuda gratuita de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. La Línea Directa de Beneficios de Salud de Illinois ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas. El número de teléfono es 1-800-226-0768; los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-204-1012.
  - Llame a la Línea de Ayuda para Personas Mayores de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. La Línea de Ayuda para Personas Mayores ayudará a cualquier persona de cualquier edad inscrita en este plan. La Línea de Ayuda para Personas Mayores es una organización independiente. No se relaciona con este plan. El número de teléfono es 1-800-252-8966;los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327.

Complete el formulario de Designación de un Representante si desea que un abogado u otra persona actúe como su representante. El formulario le da permiso a otra persona para actuar por usted.

Llame a Servicios para Afiliados en los números de la parte inferior de la página y solicite el formulario "Designación de un Representante". También puede obtener el formulario si visita www.cms.gov/Medicare/CMS- Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf**. Debe darnos una copia del formulario firmado.**

E4. Qué sección de este capítulo puede ayudarlo

Hay cuatro situaciones que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y plazos. Proporcionamos detalles para cada una en una sección separada de este capítulo. Consulte la sección que se ajuste a la situación:

- **La Sección F**, "Cuidado médico", proporciona información en caso de que tenga problemas con los servicios, artículos y medicamentos (pero **no** con la Parte D). Use esta sección si sucede lo siguiente:

- No está recibiendo cierto cuidado médico que desea y cree que nuestro plan lo cubre.
- No aprobamos los servicios ni los artículos que su médico desea darle, y usted cree que este cuidado debe estar cubierto.
- Recibió cuidado médico, servicios o artículos que cree que deberían estar cubiertos, pero no estamos pagando por este cuidado.
- Recibió servicios médicos o artículos que pensó que estaban cubiertos y pagó por ellos, y quiere pedirnos que le devolvamos el dinero.
- Le informan que la cobertura para el cuidado que ha estado recibiendo se reducirá o suspenderá, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Si la cobertura que se suspenderá corresponde a cuidado hospitalario, cuidado de la salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios del Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés), debe leer una sección separada de este capítulo, ya que se aplican reglas especiales a estos tipos de cuidado. Consulte la Sección I de este capítulo.

- **La Sección G,** “Medicamentos de la Parte D de Medicare”, proporciona información sobre los medicamentos de la Parte D. Use esta sección si sucede lo siguiente:
  - Desea pedirnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra *Lista de Medicamentos*.
  - Desea pedirnos que eliminemos los límites en la cantidad de medicamento que puede obtener.
  - Desea pedirnos que cubramos un medicamento que requiere autorización previa (PA, por sus siglas en inglés) o aprobación.
  - No aprobamos su solicitud o excepción, y usted, su médico u otro profesional que receta piensa que deberíamos haberlo hecho.
  - Desea pedirnos que paguemos por un medicamento recetado que ya compró. (Esto se denomina “pedir una decisión de cobertura sobre el pago”).
- **La Sección H**, “Pedirnos que cubramos una hospitalización más larga”, brinda información sobre cómo pedirnos que cubramos una hospitalización más larga si cree que el médico le va a dar el alta demasiado pronto.
- **La Sección I**, “Pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos” solo se aplica a estos servicios: cuidado de la salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada y Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF).

Si no está seguro de qué sección utilizar, llame a Servicios para Afiliados a los números que aparecen en la parte inferior de la página.

F. Cuidado médico

En esta sección, se explica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de cuidado médico o si desea que le reembolsemos cargos de su cuidado.

Esta sección trata sobre sus beneficios para el cuidado médico que se describen en el **Capítulo 4** de este *Manual para Afiliados en la tabla de beneficios.* En algunos casos, se pueden aplicar diferentes reglas a un medicamento de la Parte B de Medicare. Cuando lo hacen, explicamos cómo las reglas para los medicamentos de la Parte B de Medicare difieren de las reglas para los servicios y artículos médicos.

F1. Uso de esta sección

En esta sección, se explica qué puede hacer en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. Usted cree que cubrimos el cuidado médico que necesita, pero que no está recibiendo.

   Qué puede hacer: Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la **Sección F2**.

2. No aprobamos el cuidado médico que su médico u otro proveedor de cuidado de la salud desea darle, y usted cree que deberíamos hacerlo.

   Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión. Consulte la **Sección F3**.

3. Recibió cuidado médico que cree que cubrimos, pero no pagaremos.

   Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección F5**.

4. Recibió cuidado médico que creía que cubríamos, lo pagó y quiere que le devolvamos el pago.

   Qué puede hacer: Puede solicitarnos el reembolso del dinero. Consulte la **Sección F5**.

5. Redujimos o suspendimos su cobertura para ciertos cuidados médicos y cree que nuestra decisión podría dañar su salud.

   Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o suspender el cuidado médico. Consulte la **Sección F4**.

- Si la cobertura es para cuidado hospitalario, cuidado de la salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un CORF, se aplican reglas especiales. Consulte la **Sección H** o la **Sección I del Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener más información.
- Para todas las demás situaciones que impliquen reducir o suspender su cobertura para ciertos cuidados médicos, utilice esta sección (**Sección F**) como guía.

F2. Solicitar una decisión de cobertura

Cuando una decisión de cobertura involucra su cuidado médico, se denomina **determinación de la organización integrada**.

Usted, su médico o su representante pueden solicitarnos una decisión de cobertura de la siguiente manera:

- por teléfono: 800-787-3311; los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- por fax: 800-266-3022
- por correo: Humana P.O. Box 14359 Lexington, KY 40512-4359

Decisión de cobertura estándar

Cuando le damos nuestra decisión, utilizamos los plazos estándar, a menos que aceptemos utilizar los plazos rápidos. Una decisión de cobertura estándar significa que le damos una respuesta en un plazo de:

- **7 días calendario** después de recibir su solicitud de **servicio o artículo médico que está sujeto a nuestras reglas de autorización previa.**
- **14 días calendario** después de recibir su solicitud **para todos los otros servicios o artículos médicos.**
- **72 horas** después de recibir su solicitud **de un medicamento de la Parte B de Medicare.**

Para un artículo o servicio médico, podemos tardar hasta 14 días calendario más si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo (como los expedientes médicos de proveedores fuera de la red). Si necesitamos más días para tomar la decisión, le informaremos por escrito. **No podemos tomarnos días adicionales si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.**

Si cree que **no debemos** tomar días adicionales, puede hacer una queja rápida sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando realiza una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas. El proceso para realizar una queja es diferente del proceso para decisiones y apelaciones de cobertura. A fin de obtener más información sobre la presentación de una queja formal, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K** de este *Manual para Afiliados*.

Decisión de cobertura rápida

El término legal para la decisión de cobertura rápida es **determinación acelerada**.

Cuando nos pida que tomemos una decisión de cobertura sobre su cuidado médico y su salud requiere una respuesta rápida, pídanos que tomemos una decisión de cobertura rápida. Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta dentro de:

- **Setenta y dos horas** después de que recibamos su solicitud **para un servicio o artículo médico.**
- **Veinticuatro horas** después de recibir su solicitud de **un medicamento de la Parte B de Medicare.**

Para un artículo o servicio médico, podemos tardar hasta 14 días calendario adicionales si descubrimos que falta información que puede beneficiarle (como expedientes médicos de proveedores fuera de la red) o si necesita tiempo a fin de darnos información para la revisión. Si necesitamos más días para tomar la decisión, le informaremos por escrito. **No podemos tardarnos tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.**

Si cree que **no debemos** tardar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. A fin de obtener más información sobre la presentación de una queja formal, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K** de este *Manual para Afiliados.* Nos comunicaremos con usted en cuanto tomemos la decisión.

Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

- Usted está solicitando la cobertura de artículos y/o servicios médicos que **no recibió**. No puede solicitar una decisión de cobertura rápida sobre el pago de artículos o servicios que ya recibió.
- El uso de los plazos estándar podría **causar daños graves a su salud** o perjudicar su capacidad de funcionamiento.

Le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida si su médico nos informa que su salud lo requiere. Si hace la solicitud sin el apoyo de su médico, decidimos si obtiene una decisión de cobertura rápida.

- Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que lo dice y usaremos los plazos estándar en su lugar. En la carta se informa:
  - Que le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida si su médico la solicita.
  - Cómo puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida. A fin de obtener más información sobre la presentación de una queja formal, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K** de este *Manual para Afiliados*.

Si decimos "No" a parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta en la que se expliquen los motivos.

- Si decimos **"No"**, tiene derecho a presentar un apelación. Si cree que hemos cometido un error, presentar una apelación es una forma formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión y la cambiemos.
- Si decide presentar una apelación, pasará al Nivel 1 del proceso de apelación (consulte la **Sección F3** de este *Manual para Afiliados*).

En circunstancias limitadas, podemos desestimar su solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los siguientes son ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud:

- Si la solicitud está incompleta.
- Si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo.

  o bien
- Si solicita que se retire su solicitud.

Si rechazamos una solicitud para una decisión de cobertura, le enviaremos un aviso en el que se explique por qué se rechazó la solicitud y cómo pedir una revisión del rechazo. Esto se denomina apelación. Las apelaciones se analizan en la siguiente sección.

F3. Hacer una Apelación de Nivel 1

Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros. Comuníquese con nosotros al 1-800-787-3311. Estamos disponibles. Servicios para Afiliados está disponible los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Sin embargo, tenga en cuenta que nuestro sistema automático puede responder su llamada fuera del horario normal, los fines de semana y los días festivos. Deje su nombre y número de teléfono y le devolveremos la llamada antes del final del próximo día hábil. La llamada es gratuita. Visite **MyHumana.com** para obtener acceso a información como el historial de reclamos, la elegibilidad y la *Lista de Medicamentos* de Humana las 24 horas del día. Allí también puede utilizar la herramienta de búsqueda de médicos para obtener noticias e información sobre salud. A fin de obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros para solicitar apelaciones, consulte la **Sección A del Capítulo 2** de este *Manual para Afiliados*.

Solicite una apelación estándar o rápida por escrito o por teléfono al 1-800-787-3311.

- Si su médico u otro profesional que receta le pide continuar con un servicio o artículo que ya está recibiendo durante su apelación, es posible que deba nombrarlo como su representante para que actúe en su nombre.
- Si alguien que no sea su médico hace la apelación por usted, incluya un formulario de Designación de un Representante que autorice a esta persona a representarlo. Para obtener el formulario, visite www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS- Forms/downloads/cms1696.pdf
- Podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, pero no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no obtenemos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación:
  - desestimamos su solicitud y
  - le enviamos un aviso por escrito explicando su derecho a pedir a la IRO que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- Debe solicitar una apelación en un plazo de 65 días calendario a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.
- Si no cumple con el plazo y tiene una buena razón para hacerlo, podemos darle más tiempo para presentar la apelación. Una buen razón es, por ejemplo, que tuvo una enfermedad grave o que le brindamos información incorrecta sobre el plazo. Explique el motivo del retraso cuando presente la apelación.
- Tiene el derecho de pedirnos una copia gratuita de la información de su apelación. Usted y su médico pueden brindarnos más información para apoyar su apelación.

Si su salud lo requiere, pida una apelación rápida.

El término jurídico para “apelación rápida” es **“reconsideración acelerada”.**

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de cuidado, usted y/o su médico deciden si necesita una apelación rápida.

Le daremos automáticamente una apelación rápida si su médico nos informa que su salud lo requiere. Si hace la solicitud sin el apoyo de su médico, decidimos si obtiene una apelación rápida.

- Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para una apelación rápida, le enviaremos una carta que lo dice y usaremos los plazos estándar en su lugar. En la carta se informa:
  - Le daremos automáticamente una apelación rápida si su médico lo solicita.
  - cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una apelación estándar en lugar de una apelación rápida. A fin de obtener más información sobre la presentación de una queja formal, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K** de este *Manual para Afiliados*.

Si le informamos que íbamos a suspender o reducir los servicios o artículos que ya estaba recibiendo, es posible que pueda continuar recibiendo esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que recibe, le enviaremos un aviso antes de actuar.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una Apelación de Nivel 1.
- Seguiremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una Apelación de Nivel 1 dentro de los 10 días calendario de la fecha de nuestra carta o antes de la fecha de entrada en vigor prevista de la acción, lo que ocurra más tarde.
  - Si usted cumple con este plazo, recibirá el servicio o artículo sin cambios mientras su apelación de Nivel 1 esté pendiente.
  - También seguirá recibiendo todos los demás servicios o artículos (que no son el tema de su apelación) sin cambios.
  - Si no apela antes de estas fechas, su servicio o artículo no continuará mientras espera la decisión de su apelación.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, examinamos detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de cuidado médico.
- Comprobamos si seguimos todas las reglas cuando **rechazamos** su solicitud.
- Recopilamos más información si la necesitamos. Podemos comunicarnos con usted o con su médico para obtener más información.

Existen plazos para una apelación rápida.

- Cuando usamos plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas después de recibir su apelación.** Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
- Si usted pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, podemos **tomar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico.
  - Si necesitamos más días para tomar la decisión, le informamos por escrito.
  - Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare, no podemos tomar tiempo adicional para tomar la decisión.
  - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas o al final de los días adicionales que tomamos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, una IRO lo revisa. Más adelante en este capítulo, le informamos sobre esta organización y le explicamos el proceso de apelación de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, puede presentar una Audiencia Imparcial de Nivel 2 con el estado usted mismo tan pronto como se haya agotado el tiempo. En Illinois, una Audiencia Justa se llama “Audiencia Imparcial Estatal”.
- **Si decimos “Sí” a parte o a todo lo que pidió**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado proporcionar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si decimos “No” a parte o a todo lo que pidió,** enviamos su apelación a la IRO para una Apelación de Nivel 2.

Existen plazos para una apelación estándar.

- Cuando usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** después de recibir su apelación de cobertura por los servicios que no recibió.
- Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare que no recibió, le daremos nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación o antes si su salud lo requiere.
- Si usted pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, podemos **tomar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico.
  - Si necesitamos más días para tomar la decisión, le informamos por escrito.
  - Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare, no podemos tomar tiempo adicional para tomar la decisión.
  - Si cree que **no debemos** tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión. Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta dentro de las 24 horas. Para obtener más información sobre cómo hacer una queja, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.
  - Si no le damos una respuesta al final del plazo o los días adicionales que tomamos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, una IRO lo revisa. Más adelante en este capítulo, le informamos sobre esta organización y le explicamos el proceso de apelación de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, puede presentar una Audiencia Imparcial de Nivel 2 con el estado usted mismo tan pronto como se haya agotado el tiempo. En Illinois, una Audiencia Justa se llama “Audiencia Imparcial Estatal”.

Si nuestra respuesta es sí a parte o a toda su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos dentro de los 30 días calendario, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare, después de que recibamos su apelación.

Si decimos **“No”** a parte o a todo lo que pidió, **tiene derechos adicionales de apelación:**

- Si decimos **“No”** a parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta.
- Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informará que hemos enviado su caso a la IRO para una Apelación de Nivel 2.
- Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Illinois Medicaid, la carta le informará cómo puede presentar una apelación de Nivel 2 por su cuenta.

F4. Hacer una Apelación de Nivel 2

Si decimos **“No”** a una parte o a toda la Apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le indica si Medicare, Illinois Medicaid o ambos programas suelen cubrir el servicio o el artículo.

- Si su problema se relaciona con un servicio o artículo que Medicare normalmente cubre, enviamos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones apenas se complete la Apelación de Nivel 1.

- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que Illinois Medicaid suele cubrir, puede presentar una apelación de Nivel 2. En la carta, se indica cómo hacerlo. También incluimos información adicional más adelante en este capítulo.
- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que **tanto Medicare como Illinois Medicaid** pueden cubrir, usted recibe de manera automática una apelación de Nivel 2 con la Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés). También puede pedir una Audiencia Imparcial con el estado.

Si usted es elegible para la continuación de los beneficios cuando presentó su Apelación de Nivel 1, sus beneficios por el servicio, artículo o medicamento bajo apelación también pueden continuar durante el Nivel 2. Consulte la **Sección F3** de este *Manual para Afiliados* para conocer cómo mantener sus beneficios durante las Apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema se relaciona con un servicio que normalmente solo cubre Medicare, sus beneficios para ese servicio no continúan durante el proceso de apelación de Nivel 2 con la IRO.
- Si su problema está relacionado con un servicio que solo suele cubrir Illinois Medicaid, sus beneficios por ese servicio continuarán si presenta una apelación de Nivel 2 dentro de los 10 días calendario después de recibir nuestra carta de decisión.

Cuando su problema se relaciona con un servicio o artículo que Medicare normalmente cubre

La IRO revisa su apelación. Medicare contrata a una organización independiente.

El nombre formal de la Organización de Revisión Independiente (IRO) es **Entidad de Revisión Independiente** (IRE, por sus siglas en inglés).

- Esta organización no tiene vínculo con nosotros ni pertenece al Gobierno. Medicare eligió la compañía que actúa como IRO y supervisa su trabajo.
- Enviamos a esta organización la información sobre su apelación (su “expediente”). Usted tiene derecho a recibir una copia gratuita de su expediente.
- Usted tiene derecho a entregar a la IRO información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la IRO analizan con detenimiento toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2.

- Si usted presentó una apelación rápida con nosotros en el Nivel 1, obtiene automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La IRO debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de 72 horas** a partir de la recepción de su apelación.
- Si su solicitud corresponde a un artículo o servicio médico y la IRO necesita recopilar más información que pueda beneficiarle, **el plazo puede extenderse hasta 14 días calendario adicionales**. La IRO no puede tomar tiempo adicional para emitir una decisión si su solicitud corresponde a un medicamento de la Parte B de Medicare.

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2.

- Si presentó una apelación estándar con nosotros en el Nivel 1, obtiene automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2.
- Si su solicitud corresponde a un artículo o servicio médico, la IRO debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** a partir de la recepción de su apelación.
- Si su solicitud corresponde a un medicamento de la Parte B de Medicare, la IRO debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** a partir de la recepción de su apelación.
- Si su solicitud corresponde a un artículo o servicio médico y la IRO necesita recopilar más información que pueda beneficiarle, **el plazo puede extenderse hasta 14 días calendario adicionales**. La IRO no puede tomar más tiempo para decidir si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

La IRO le da su respuesta por escrito y explica los motivos.

- **Si la IRO aprueba en parte o en su totalidad una solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos hacer lo siguiente:
  - autorizar la cobertura de cuidado médico **dentro de 72 horas**;
  - proporcionar el servicio en un plazo de **14 días calendario** después de recibir la decisión de la IRO para **solicitudes estándar;** o
  - proporcionar el servicio **en un plazo de 72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la IRO para **solicitudes aceleradas**.
- **Si la IRO aprueba en parte o en su totalidad una solicitud de un medicamento de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o proporcionar el medicamento en disputa:**
  - **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de la IRO para **solicitudes estándar;** o
  - **en un plazo de 24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la IRO para **solicitudes aceleradas**.
- **Si la IRO niega en parte o en su totalidad su apelación,** significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de cuidado médico. Esto se denomina “defender la decisión” o “rechazar su apelación”.
  - Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea continuar con la apelación.
  - Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, para un total de cinco niveles.
  - Si rechazan su Apelación de Nivel 2 y cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si continúa al Nivel 3 y presenta una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo aparecen en la notificación por escrito que recibe después de su Apelación de Nivel 2.
  - Un Juez de Derecho Administrativo (ALJ, por sus siglas en inglés) o un abogado adjudicador se encarga de la Apelación de Nivel 3. Consulte la **Sección J** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Cuando su problema está relacionado con un servicio o artículo que Medicaid suele cubrir o que Medicare e Illinois Medicaid cubre

En general, una apelación de Nivel 2 para los servicios que Illinois Medicaid cubre es una Audiencia Imparcial con el estado. En Illinois Medicaid, una Audiencia Imparcial se denomina "Audiencia Imparcial Estatal". Usted debe solicitar una Audiencia Imparcial por escrito o por teléfono **en un plazo de 120 días calendario** a partir de la fecha en que enviamos la carta de decisión sobre su Apelación de Nivel 1. En la carta que recibe de nuestra parte se le indica dónde presentar su solicitud de Audiencia Imparcial.

- Si desea solicitar una Audiencia Imparcial Estatal sobre un artículo o servicio estándar de Medicaid, la Exención para Personas Mayores (Programa de Cuidado Comunitario o CCP, por sus siglas en inglés), o la Exención para Centros de Vida Asistida, envíe su apelación por escrito o por teléfono a:

CORREO POSTAL	Illinois Healthcare and Family Services Bureau of Administrative Hearings Fair Hearings Section 69 West Washington, 4th Floor Chicago, Illinois 60602
TELÉFONO	1-855-418-4421 (llamada gratuita)
TTY	1-800-526-5812
FAX	1-312-793-2005
EMAIL	HFS.FairHearings@Illinois.gov

- Si desea solicitar una Audiencia Imparcial Estatal sobre la Exención de Personas con Discapacidades, la Exención de Lesiones Cerebrales Traumáticas o la exención de VIH/sida (Programa de Servicios en el Hogar o HSP, por sus siglas en inglés), envíe su apelación por escrito o por teléfono a:

CORREO POSTAL	Department of Human Services Bureau of Hearings 69 West Washington, 4th Floor Chicago, Illinois 60602
TELÉFONO	1-800-435-0774 (llamada gratuita)
TTY	1-877-734-7429
FAX	1-312-793-3387
EMAIL	DHS.HSPAppeals@illinois.gov

La oficina de Audiencia Imparcial le informará sobre su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- Si la oficina de Audiencia Imparcial **aprueba** en parte o en su totalidad la solicitud de un artículo o servicio médico, debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo **en un plazo de 72 horas** después de recibir su decisión.
- Si la oficina de Audiencia Imparcial **niega** en parte o en su totalidad la apelación, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de cuidado médico. Esto se denomina "defender la decisión" o "rechazar su apelación".

Si la IRO o la oficina de Audiencia Imparcial **niega** en parte o en su totalidad la solicitud, usted tiene derechos de apelación adicionales.

Si su Apelación de Nivel 2 fue a la **IRO**, puede apelar de nuevo solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea cumple con una determinada cantidad mínima. Un ALJ o un abogado adjudicador se encarga de la Apelación de Nivel 3. **En la carta que recibe de la IRO se explican los derechos de apelación adicionales que puede tener**.

En la carta que recibe de la oficina de Audiencia Imparcial se describe la siguiente opción de apelación.

Consulte la **Sección J** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

F5: Problemas con los pagos

No permitimos que nuestros proveedores de la red le cobren por servicios y artículos cubiertos. Esto se mantiene vigente incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio o artículo cubierto. Usted nunca tiene la obligación de pagar el saldo de ninguna factura. El único monto que debe pagar corresponde a las categorías de medicamentos que requieren un copago.

Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. No pague la factura usted mismo. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema. Si usted paga la factura, puede recibir un reembolso de nuestro plan siempre que haya seguido las reglas para obtener el servicio o el artículo.

Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Afiliados*. Allí se describen las situaciones en las que puede pedirnos que le reembolsemos el dinero o que paguemos una factura que le envió un proveedor. También se explica cómo enviarnos la documentación para solicitar un pago.

Si pide que le reembolsemos el dinero, en realidad está solicitando una decisión de cobertura. Revisaremos si el servicio o artículo que pagó está cubierto y si siguió todas las reglas para usar su cobertura.

- Si el servicio o artículo que pagó está cubierto y usted cumplió con todas las reglas, le enviaremos el pago por el servicio o artículo, normalmente en un plazo de 30 días calendario, pero nunca después de 60 días calendario a partir de la recepción de su solicitud.
- Si aún no ha pagado el servicio o artículo, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, equivale a **aceptar** su solicitud de decisión de cobertura.

- Si el servicio o artículo no está cubierto o usted no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta para informarle que no pagaremos por el servicio o artículo y le explicaremos por qué.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazarlo, **puede presentar una apelación.** Siga el proceso de apelación descrito en la **Sección F3** de este *Manual para Afiliados*. Al seguir estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para que le reembolsemos el dinero, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 30 días calendario después de recibir su apelación.

Si nuestra respuesta a su apelación es **No** y **Medicare** normalmente cubre el servicio o artículo, enviaremos su caso a la IRO. Le enviaremos una carta si esto sucede.

- Si la IRO revoca nuestra decisión y determina que debemos pagarle, debemos enviar el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es **sí** en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor de cuidado de la salud en un plazo de 60 días calendario.
- Si la IRO **niega** su apelación, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud. Esto se denomina “defender la decisión” o “rechazar su apelación”. Recibirá una carta en la que se le explicará los derechos de apelación adicionales que pueda tener. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

Si nuestra respuesta a su apelación es **negativa** e Illinois Medicaid suele cubrir el servicio o artículo, puede presentar una apelación de Nivel 2 por su cuenta. Consulte la **Sección F4** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener más información.

G. Medicamentos de la Parte D de Medicare

Sus beneficios como afiliado de nuestro plan incluyen cobertura para muchos medicamentos. La mayoría corresponde a medicamentos de la Parte D de Medicare. Hay algunos medicamentos que Medicare Parte D no cubre, pero que Medicaid de Illinois sí puede cubrir. **Esta sección solo aplica a las apelaciones de medicamentos de la Parte D de Medicare.** En el resto de esta sección, utilizaremos la palabra “medicamento” en lugar de repetir “medicamento de la Parte D de Medicare” cada vez.

Para estar cubierto, el medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el medicamento cuenta con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) o está respaldado por ciertas referencias médicas. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.

G1. Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D de Medicare

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que usted puede solicitarnos para sus medicamentos de la Parte D de Medicare:

- Pedirnos que hagamos una excepción, lo que incluye solicitarnos lo siguiente:
  - cubrir un medicamento de la Parte D de Medicare que no está en la *Lista de Medicamentos del plan;* o

  - dejar sin efecto una restricción de nuestra cobertura para un medicamento (como los límites en la cantidad que puede recibir).
- Preguntarnos si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando el medicamento aparece en la *Lista de Medicamentos* del plan, pero necesitamos aprobarlo antes de cubrirlo).

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Si en la farmacia le informan que su medicamento recetado no se puede surtir tal como está escrito en la receta, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Una decisión inicial de cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare se denomina "**determinación de cobertura**".

- Pedirnos que paguemos un medicamento que usted ya compró. Esto significa solicitar una decisión de cobertura sobre el pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión. En esta sección, se informa cómo pedir decisiones de cobertura y también cómo presentar una apelación. Utilice la siguiente tabla como guía.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?			
Necesita un medicamento que no está en nuestra *Lista de Medicamentos* o necesita que dejemos sin efecto una regla o restricción sobre un medicamento que cubrimos.	Quiere que cubramos un medicamento de nuestra *Lista de Medicamentos* y considera que cumple con las reglas o restricciones del plan (como obtener una aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita.	Quiere pedirnos que le reembolsemos un medicamento que ya obtuvo y pagó.	Le dijimos que no cubriremos o no pagaremos un medicamento en la forma en que usted lo solicita.
Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura).	**Puede pedirnos una decisión de cobertura.**	**Puede solicitarnos el reembolso del dinero.** (Este es un tipo de decisión de cobertura).	**Puede presentar una apelación.** (Esto significa que nos pide reconsiderar).
Comience por **la Sección G2 y,** a continuación, consulte las **Secciones G3 y G4** de este *Manual para Afiliados*.	Consulte la **Sección G4** de este *Manual para Afiliados*.	Consulte la **Sección G4** de este *Manual para Afiliados*.	Consulte la **Sección G5** de este *Manual para Afiliados*.

G2. Excepciones a la Parte D de Medicare

Si no cubrimos un medicamento en la forma que usted necesita, puede pedirnos que hagamos una "excepción". Si rechazamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicite una excepción, su médico u otro profesional que receta debe explicar las razones médicas por las que usted necesita la excepción.

Pedir cobertura para un medicamento que no está en nuestra *Lista de Medicamentos* o pedir que eliminemos una restricción sobre un medicamento se conoce a veces como solicitar una "**excepción de formulario**".

A veces, pedir pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto se llama pedir una "**excepción de nivel**".

A continuación, se muestran algunos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que receta puede pedir que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento que no está en nuestra *Lista de Medicamentos***
   - Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en nuestra *Lista de Medicamentos*, usted pagará el copago que se aplica a los medicamentos del Nivel 3, es decir, los Medicamentos de Marca Preferida, del Nivel 4, es decir, los Medicamentos No Preferidos, y del Nivel 5, es decir, los Medicamentos de Especialidad.
   - No puede obtener una excepción al monto de copago requerido para el medicamento.
2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto**
   - Se aplican reglas o restricciones adicionales a ciertos medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos* (consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener más información).
   - Estas son algunas de las reglas y restricciones adicionales para ciertos medicamentos:
     - Estar obligado a usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
     - Obtener nuestra aprobación por adelantado antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. Esto a veces se denomina "autorización previa (PA, por sus siglas en inglés)".
     - Tener que probar primero un medicamento diferente antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted solicita. Esto a veces se denomina "terapia por fases".
     - Límites de cantidad. Para algunos medicamentos, existen restricciones en la cantidad que puede recibir.
   - Si aceptamos una excepción para usted y dejamos sin efecto una restricción, puede solicitar una excepción al monto de copago que debe pagar.
3. **Cambio de cobertura de un medicamento a un nivel de costos compartidos más bajo** Cada medicamento en nuestra *Lista de Medicamentos* se ubica en uno de los 6 niveles de costos compartidos. En general, mientras más bajo sea el número del nivel de costos compartidos, menor será el copago que debe pagar.
   - Nuestra *Lista de Medicamentos*, a menudo, incluye más de un medicamento para tratar una afección específica. Estos se denominan medicamentos "alternativos".

- Si un medicamento alternativo para su afección médica está en un nivel de costos compartidos más bajo que el medicamento que usted toma, puede pedirnos que lo cubramos al monto de costos compartidos del medicamento alternativo. Esto reduciría el monto de su copago por el medicamento.
  - Si el medicamento que usted toma es un producto biológico, puede pedirnos que lo cubramos al monto de costos compartidos del nivel más bajo para los productos biológicos alternativos para su afección.
  - Si el medicamento que usted toma es de marca, puede pedirnos que lo cubramos al monto de costos compartidos del nivel más bajo para los medicamentos de marca alternativos para su afección.
  - Si el medicamento que usted toma es genérico, puede pedirnos que lo cubramos al monto de costos compartidos del nivel más bajo para los medicamentos de marca o genéricos alternativos para su afección.
- Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y existe más de un nivel de costos compartidos más bajo con medicamentos alternativos que usted no puede tomar, por lo general, pagará el monto más bajo.

G3. Consideraciones importantes que debe saber para solicitar una excepción

Su médico u otro profesional que receta debe indicarnos las razones médicas.

Su médico u otro profesional que receta debe entregarnos una declaración explicando las razones médicas para solicitar la excepción. Para tomar una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro profesional que receta cuando pida la excepción.

Nuestra *Lista de Medicamentos*, a menudo, incluye más de un medicamento para tratar una afección específica. Estos se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo resulta igual de eficaz que el medicamento que usted solicita y no le causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, por lo general, **no** aprobamos su solicitud de excepción. Si nos pide una excepción de nivel, por lo general, **no** aprobamos su solicitud, a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles más bajos de costos compartidos no funcionen bien para usted o sea probable que le causen una reacción adversa u otro daño.

Podemos responder sí o no a su petición.

- Si respondemos que **sí** a su solicitud de excepción, la excepción generalmente dura hasta el final del año calendario. Esto es así siempre y cuando su médico siga recetándole el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si respondemos que **no** a su solicitud de excepción, puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G5** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener información sobre cómo presentar una apelación si nuestra respuesta es **negativa**.

En la siguiente sección, se explica cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción.

G4. Solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

- Para solicitar el tipo de decisión de cobertura que desea, llame al 1-800-787-3311, escríbanos o envíenos un fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que receta) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre la reclamación.
- Usted, su médico (u otro profesional que receta) o alguien más que actúe en su nombre pueden pedir una decisión de cobertura. También puede hacer que un abogado actúe en su nombre.
- Consulte la **Sección E3** de este *Manual para Afiliados* a fin de averiguar cómo nombrar a alguien como su representante.
- Usted no necesita dar permiso por escrito a su médico u otro profesional que receta para que solicite una decisión de cobertura en su nombre.
- Si desea pedirnos que le devolvamos el costo de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Afiliados*.
- Si solicita una excepción, entréguenos una "declaración de apoyo". La declaración de apoyo incluye las razones médicas de su médico u otro profesional que receta para justificar la solicitud de excepción.
- Su médico u otro profesional que receta puede enviarnos la declaración de apoyo por fax o por correo. También pueden informarnos por teléfono y, luego, enviar la declaración por fax o por correo.
- Para enviar 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. Tendrá que enviarnos documentación de respaldo del profesional que receta para demostrar la necesidad médica. Su información nos será enviada de forma segura. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique el medicamento que está solicitando.

Si su estado de salud lo requiere, pídale una "decisión de cobertura rápida".

Usamos los "plazos estándares", a menos que aceptemos usar los "plazos rápidos".

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de su médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico.

Una "decisión de cobertura rápida" se denomina "**determinación de cobertura acelerada**".

Puede obtener una decisión de cobertura rápida en los siguientes casos:

- Se trata de un medicamento que no recibió. No puede obtener una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos un medicamento que ya compró.
- Su salud o su capacidad para funciones físicas se verían seriamente afectadas si aplicamos los plazos estándar.

Si su médico u otro profesional que receta nos informa que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, la aprobamos y se la damos. Le enviamos una carta para informárselo.

- Si pide una decisión de cobertura rápida sin el respaldo de su médico u otro profesional que receta, nosotros decidimos si le corresponde o no una decisión de cobertura rápida.
- Si determinamos que su afección médica no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, aplicaremos los plazos estándar.
  - Le enviamos una carta para informárselo. En la carta también se explica cómo presentar una queja sobre nuestra decisión.
  - Puede presentar una queja rápida y recibir una respuesta dentro de 24 horas. A fin de obtener más información sobre la presentación de quejas formales, incluidas quejas rápidas, consulte la **Sección K** de este *Manual para Afiliados*.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Si aplicamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud. Si usted pide una excepción, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de apoyo de su médico. Le damos la respuesta antes si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que lo revise una IRO. Consulte la **Sección G6** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener más información sobre una apelación de Nivel 2.
- Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le otorgamos la cobertura en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración de apoyo de su médico.
- Si **negamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta con los motivos. En la carta también se explica cómo presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que no recibió

- Si aplicamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud. Si usted pide una excepción, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de apoyo de su médico. Le damos la respuesta antes si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que lo revise una IRO.
- Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le otorgamos la cobertura en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud o la declaración de apoyo de su médico para una excepción.
- Si **negamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta con los motivos. En la carta también se explica cómo presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud.

- Si no cumplimos con este plazo, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que lo revise una IRO.
- Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le reembolsamos en un plazo de 14 días calendario.
- Si **negamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta con los motivos. En la carta también se explica cómo presentar una apelación.

G5. Hacer una Apelación de Nivel 1

Una apelación a nuestro plan acerca de una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare se denomina "**redeterminación**" del plan.

- Para comenzar su apelación **estándar** o **rápida**, llame a <phone number>, escríbanos o envíenos un fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que receta) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información relacionada con su apelación.
- Debe solicitar una apelación **en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.
- Si no cumple con el plazo y tiene una buena razón para hacerlo, podemos darle más tiempo para presentar la apelación. Una buen razón es, por ejemplo, que tuvo una enfermedad grave o que le brindamos información incorrecta sobre el plazo. Explique el motivo del retraso cuando presente la apelación.
- Tiene el derecho de pedirnos una copia gratuita de la información de su apelación. Usted y su médico pueden brindarnos más información para apoyar su apelación.

Si su salud lo requiere, pida una apelación rápida.

Una apelación rápida también se denomina "**reconsideración acelerada**".

- Si usted apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que no recibió, usted y su médico u otro profesional que receta deciden si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para una apelación rápida son los mismos que para una decisión de cobertura rápida. Consulte la **Sección G4** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener más información.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Revisamos su apelación y analizamos cuidadosamente toda la información sobre su solicitud de cobertura.
- Comprobamos si estábamos siguiendo las reglas cuando dijimos que **no** a su solicitud.
- Podemos comunicarnos con usted o con su médico u otro profesional que receta para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida en el Nivel 1

- Si aplicamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su apelación.
  - Le damos la respuesta antes si su salud lo requiere.
  - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En ese caso, la revisa una IRO. Consulte la **Sección G6** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.
- Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud, debemos otorgar la cobertura aprobada en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- Si **negamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta en la que se explican los motivos y se le indica cómo puede apelar.

Plazos para una apelación estándar en el Nivel 1

- Si aplicamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación por un medicamento que no recibió.
- Le damos nuestra decisión antes si usted no recibió el medicamento y su afección de salud lo requiere. Si considera que su salud lo requiere, pida una apelación rápida.
  - Si no le damos una decisión en un plazo de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En ese caso, la revisa una IRO. Consulte la **Sección G6** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.

Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud:

- debemos **otorgar la cobertura** que aceptamos tan pronto como lo requiera su salud, pero **no después de 7 días calendario** desde que recibimos su apelación.
- debemos **enviarle el reembolso** por un medicamento que compró **en un plazo de 30 días calendario** desde que recibimos su apelación.

Si **negamos** una parte o la totalidad de su solicitud:

- le enviamos una carta en la que se explican los motivos y se le indica cómo puede apelar.
- debemos darle nuestra respuesta sobre el reembolso de un medicamento que compró **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su apelación.
  - Si no le damos una decisión en un plazo de 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En ese caso, la revisa una IRO. Consulte la **Sección G6** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.
- Si **aceptamos** parte o la totalidad de su solicitud, debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de recibir su solicitud.

- Si **negamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta en la que se explican los motivos y se le indica cómo puede apelar.

G6. Hacer una Apelación de Nivel 2

Si **negamos** su apelación de Nivel 1, puede aceptar nuestra decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, utilizará el proceso de Apelación de Nivel 2. La **IRO** revisa nuestra decisión cuando le **negamos** su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar nuestra decisión.

El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" (IRO) es la "**Entidad de Revisión Independiente**", a veces llamada "**IRE**".

Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted, su representante o su médico u otro profesional que receta deben comunicarse **por escrito** con la IRO y solicitar una revisión de su caso.

- Si **rechazamos** su Apelación de Nivel 1, la carta que le enviamos incluye **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** ante la IRO. Mediante las instrucciones se explica quién puede presentar la Apelación de Nivel 2, qué plazos debe cumplir y cómo comunicarse con la organización.
- Cuando usted presenta una apelación ante la IRO, enviamos la información que tenemos sobre su apelación a la organización. Esta información se conoce como su "expediente". **Usted tiene derecho a recibir una copia gratuita de su expediente.**
- Usted tiene derecho a entregar a la IRO información adicional para respaldar su apelación.

La IRO revisa su Apelación de Nivel 2 de la Parte D de Medicare y le da una respuesta por escrito. Consulte la **Sección F4** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener más información sobre la IRO.

Plazos para una apelación rápida en el Nivel 2

Si su salud lo requiere, pida a la IRO una apelación rápida.

- Si la IRO acepta una apelación rápida, debe darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.
- Si **acepta** una parte o la totalidad de su solicitud, debemos otorgar la cobertura aprobada del medicamento **en un plazo de 24 horas** después de recibir la decisión de la IRO.

Plazos para una apelación estándar en el Nivel 2

Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la IRO debe darle una respuesta:

- **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación por un medicamento que no recibió.
- **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su apelación por el reembolso de un medicamento que compró.

Si la IRO **acepta** una parte o la totalidad de su solicitud:

- debemos proporcionar la cobertura aprobada de medicamentos **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de la IRO;

- debemos reembolsarle un medicamento que compró en un plazo de 30 días calendario después de recibir la decisión de la IRO.
- Si la IRO **niega** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se conoce como “defender la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la IRO **niega** su apelación de Nivel 2, usted tiene derecho a una Apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita alcanza un monto mínimo requerido. Si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita es menor que el monto mínimo requerido, no puede presentar otra apelación. En ese caso, la decisión de la Apelación de Nivel 2 es definitiva. La IRO le envía una carta en la que se indica el monto mínimo necesario para continuar con una Apelación de Nivel 3.

Si el valor en dólares de su solicitud cumple con el requisito, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2.
- Si la IRO **niega** su Apelación de Nivel 2 y usted cumple con el requisito para continuar el proceso de apelaciones, usted:
  - decide si desea presentar una Apelación de Nivel 3.
  - consulta la carta que la IRO le envió después de su Apelación de Nivel 2 para conocer los detalles sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 3.

Un ALJ o un abogado adjudicador se encarga de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

H. Solicitud para que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada

Cuando usted realiza el proceso de admisión en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios que cubrimos y que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura hospitalaria de nuestro plan, consulte el **Capítulo 4** de este *Manual para Afiliados*.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajan con usted con el fin de prepararse para el día en que salga del hospital. También lo ayudan a organizar el cuidado que pueda necesitar después de irse.

- El día que se va del hospital se denomina “fecha de alta”.
- Su médico o el personal del hospital le dirán cuál es su fecha de alta.

Si cree que le piden salir del hospital demasiado pronto o tiene inquietudes sobre su cuidado después del alta, puede pedir permanecer más tiempo en el hospital. En esta sección, se explica cómo hacerlo.

H1. Aprender sobre sus derechos de Medicare

Dentro de los dos días posteriores a su admisión en el hospital, alguien del hospital, como un profesional de enfermería o un trabajador social, le dará un aviso por escrito llamado “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos”. Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso cada vez que las admiten en un hospital.

Si no recibe el aviso, pídalo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Afiliados a los números que aparecen al final de la página. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- **Lea este aviso** con atención y haga preguntas si no lo entiende. En el aviso, se mencionan sus derechos como paciente hospitalario, incluidos los siguientes:
  - Recibir servicios cubiertos por Medicare durante su hospitalización y después de ella. Usted tiene derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede recibirlos.
  - Participar en cualquier decisión sobre la duración de su hospitalización.
  - Saber dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su cuidado en el hospital.
  - Apelar si considera que le dan el alta hospitalaria demasiado pronto.
- **Firme el aviso** para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.
  - Usted o alguien que actúe en su nombre puede firmar el aviso.
  - Firmar el aviso **solo** demuestra que recibió la información sobre sus derechos. Firmarlo **no** significa que esté de acuerdo con una fecha de alta que su médico o el personal del hospital le hayan indicado.
- **Guarde su copia** del aviso firmado para tener la información si la necesita.

Si firma el aviso más de dos días antes del día del alta hospitalaria, recibirá otra copia antes del alta.

Puede revisar una copia del aviso con anticipación de las siguientes maneras:

- Llamando a Servicios para Afiliados a los números que aparecen al final de la página.
- Llamando a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visitando www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma- im.

H2. Hacer una Apelación de Nivel 1

Para pedirnos que cubramos sus servicios de hospitalización como paciente hospitalizado por más tiempo, presente una apelación. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) revisa la Apelación de Nivel 1 para determinar si la fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

La QIO es un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que paga el Gobierno federal. Estos expertos verifican y ayudan a mejorar la calidad del cuidado para las personas con Medicare. No forman parte de nuestro plan.

En Illinois, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Commence Health BFCC-QIO. Llámelos al: 1-888-524-9900. La información de contacto también aparece en el aviso “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos” y en el **Capítulo 2**.

Llame a la QIO antes de salir del hospital y, a más tardar, en su fecha de alta planificada.

- **Si llama antes de irse**, puede permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada sin pagar por ello mientras espera la decisión de la QIO sobre su apelación.
- **Si no llama para apelar** y decide quedarse en el hospital después de su fecha de alta planificada, es posible que tenga que pagar todos los costos del cuidado hospitalario que reciba después de esa fecha.

Pida ayuda si la necesita. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:

- Llame a Servicios para Afiliados a los números que aparecen al final de la página.
- Llame al Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores (SHIP) al 1-800-252-8966 de 8:30 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327.

Pida una revisión rápida. Actúe rápidamente y comuníquese con la QIO para solicitar una revisión rápida de su alta hospitalaria.

El término legal para la "**revisión rápida**" es "**revisión inmediata**" o "**revisión acelerada**".

Qué sucede durante esta revisión rápida

- Los revisores de la QIO le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debe continuar después de la fecha de alta planificada. No está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nuestro plan les entregamos.
- Al mediodía del día siguiente a que los revisores informen a nuestro plan sobre su apelación, usted recibirá una carta con su fecha de alta planificada. En la carta también se explica por qué su médico, el hospital y nosotros creemos que esa es la fecha de alta médicamente apropiada para usted.

El término legal para esta explicación escrita es el "**Aviso Detallado de Alta**". Puede obtener un ejemplo llamando a Servicios para Afiliados a los números que aparecen al final de la página o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede consultar un ejemplo del aviso en línea, en www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

En un plazo de un día completo después de recibir toda la información necesaria, la QIO le dará su respuesta a la apelación.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- le proporcionaremos sus servicios de hospitalización cubiertos como paciente hospitalizado durante el tiempo que sean necesarios por razones médicas.

Si la QIO **niega** su apelación:

- consideran que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada.

- Nuestra cobertura para sus servicios de hospitalización como paciente hospitalizado terminará al mediodía del día después de que la QIO le dé su respuesta a la apelación.
- Usted podría tener que pagar el costo total del cuidado hospitalario que reciba después de ese momento.
- Puede presentar una Apelación de Nivel 2 si la QIO rechaza su Apelación de Nivel 1 **y** permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada.

H3. Hacer una Apelación de Nivel 2

Para una Apelación de Nivel 2, pida a la QIO que vuelva a analizar la decisión que tomó en su Apelación de Nivel 1. Llame a esta organización sin cargo al 1-888-524-9900.

Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** posteriores al día en que la QIO **negó** su Apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión **solo** si permanece en el hospital después de la fecha de finalización de la cobertura para el cuidado.

Los revisores de la QIO:

- volverán a analizar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación;
- le informarán su decisión sobre la Apelación de Nivel 2 en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de segunda revisión.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- debemos reembolsarle los costos de cuidado hospitalario desde el mediodía del día después de la fecha en que la QIO rechazó su Apelación de Nivel 1;
- le proporcionaremos sus servicios de hospitalización cubiertos como paciente hospitalizado durante el tiempo que sean necesarios por razones médicas.

Si la QIO **niega** su apelación:

- confirman su decisión sobre la Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán;
- le enviarán una carta en la que se indica qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar una Apelación de Nivel 3.

Un ALJ o un abogado adjudicador se encarga de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

I. Solicitud para que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos

Esta sección se aplica únicamente a tres tipos de servicios que usted puede estar recibiendo:

- servicios de cuidado de la salud en el hogar,
- cuidado de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada **y**

- cuidado de rehabilitación como paciente ambulatorio en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) aprobado por Medicare. Generalmente, esto significa que recibe tratamiento por una enfermedad o accidente o que se está recuperando de una operación importante.

Con cualquiera de estos tres tipos de servicios, usted tiene derecho a recibir servicios cubiertos mientras su médico indique que los necesita.

Cuando decidimos dejar de cubrir alguno de estos servicios, debemos informárselo **antes** de que termine. Cuando termina su cobertura para ese servicio, dejamos de pagarlo.

Si considera que cancelamos la cobertura del cuidado demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección, se indica cómo solicitar una apelación.

I1. Aviso previo antes de que termine su cobertura

Le enviamos un aviso por escrito que recibirá al menos dos días antes de que dejemos de pagar por su cuidado. Esto se denomina "Aviso de No Cobertura de Medicare". En el aviso, se indica la fecha en que dejaremos de cubrir su cuidado y cómo apelar nuestra decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso para demostrar que lo recibió. Firmar el aviso solo demuestra que recibió la información. Firmar **no** significa que usted esté de acuerdo con nuestra decisión.

I2. Hacer una Apelación de Nivel 1

Si considera que cancelamos la cobertura del cuidado demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. En esta sección, se explica el proceso de Apelación de Nivel 1 y qué hacer.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Comprenda y respete los plazos que se aplican a lo que debe hacer. Nuestro plan también debe cumplir con plazos. Si cree que no estamos cumpliendo los plazos, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener más información sobre las quejas.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:
  - Llame a Servicios para Afiliados a los números que aparecen al final de la página.
  - Llame al Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores al 1-800-252-8966.
- **Comuníquese con la QIO.**
  - Consulte la **Sección H2** de este *Manual para Afiliados* o consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener más información sobre la QIO y cómo comunicarse con ellos. Pídale que revise su apelación y que decida si hay que cambiar la decisión de nuestro plan.
  - Pídale que revise su apelación y que decida si hay que cambiar la decisión de nuestro plan.
- **Actúe rápido y solicite una "apelación rápida".** Pregúntele a la QIO si es médicamente apropiado que terminemos la cobertura de sus servicios médicos.

Plazo para comunicarse con esta organización

- Debe comunicarse con la QIO para iniciar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia indicada en el "Aviso de No Cobertura de Medicare" que le enviamos.

El término legal para el aviso escrito es "**Aviso de No Cobertura de Medicare**". Para obtener un ejemplo, llame a Servicios para Afiliados a los números que aparecen al final de la página o a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede solicitar una copia en línea, en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General- Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Qué ocurre durante una apelación rápida

- Los revisores de la QIO le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debe continuar. No está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que nuestro plan les entregó.
- Nuestro plan también le envía un aviso por escrito en el que se explican las razones por las cuales ponemos fin a la cobertura de sus servicios. Usted recibe el aviso al final del día en que los revisores nos informan sobre su apelación.

El término legal para la explicación del aviso es "**Explicación Detallada de No Cobertura**".

- Los revisores le informan su decisión en un plazo de un día completo después de recibir toda la información que necesitan.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Le proporcionaremos sus servicios cubiertos durante el tiempo que sean necesarios por razones médicas.

Si la QIO **niega** su apelación:

- Su cobertura termina en la fecha que le informamos.
- Dejamos de pagar los costos de este cuidado en la fecha indicada en el aviso.
- Usted paga el costo total de este cuidado si decide continuar con el cuidado de la salud en el hogar, el cuidado en un centro de enfermería especializada o los servicios de CORF después de la fecha en que terminó su cobertura.
- Usted decide si quiere continuar con estos servicios y presentar una Apelación de Nivel 2.

I3. Hacer una Apelación de Nivel 2

Para una Apelación de Nivel 2, pida a la QIO que vuelva a analizar la decisión que tomó en su Apelación de Nivel 1. Llámelos al 1-888-524-9900.

Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** posteriores al día en que la QIO **negó** su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solo** si recibió cuidado durante el tiempo siguiente a la fecha de finalización de su cobertura.

Los revisores de la QIO:

- volverán a analizar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación;
- le informarán su decisión sobre la Apelación de Nivel 2 en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de segunda revisión.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Le reembolsaremos los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que le informamos que su cobertura terminaría.
- Le proporcionaremos cobertura para el cuidado mientras sea necesario por razones médicas.

Si la QIO **niega** su apelación:

- La organización está de acuerdo con nuestra decisión de finalizar su cuidado y no la cambiará.
- le enviarán una carta en la que se indica qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar una Apelación de Nivel 3.

Un ALJ o un abogado adjudicador se encarga de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

J. Escalamiento de su apelación más allá del Nivel 2

J1. Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medicare

Si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 para servicios o artículos de Medicare y ambas fueron rechazadas, es posible que tenga derecho a niveles adicionales de apelación.

Si el valor en dólares del servicio o artículo de Medicare que apeló no alcanza un monto mínimo requerido, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es suficiente, puede continuar con el proceso de apelaciones. En la carta que recibe de la IRO sobre su Apelación de Nivel 2 se explica a quién contactar y qué hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia con un ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado adjudicador que trabaja para el Gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado adjudicador **acepta** su apelación, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que le sea favorable.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviamos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4 con los documentos correspondientes. Podemos esperar la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio en disputa.

- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del ALJ o del abogado adjudicador.
  - Si el ALJ o el abogado adjudicador **niegan** su apelación, existe la posibilidad de que el proceso de apelaciones continúe.
- Si usted decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le dirá qué hacer para presentar una Apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisa la apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del Gobierno federal.

Si el Consejo **acepta** su apelación de Nivel 4 o rechaza nuestra solicitud de revisión de una decisión de Apelación de Nivel 3 que le favorece, tenemos derecho a apelar al Nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, se lo informaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.

Si el Consejo dice que **no** o niega nuestra solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelaciones no termine.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba se le dirá si puede presentar una Apelación de Nivel 5 y cómo hacerlo.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá **sí** o **no**. Esta es la decisión final. No existen más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

J2. Apelaciones adicionales de Illinois Medicaid

También tiene otros derechos de apelación si la apelación está relacionada con servicios o artículos por los que Illinois Medicaid suele ofrecer cobertura. La carta que recibe de la oficina de Audiencia Imparcial le informará qué hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones para los servicios de exención de Medicaid es una Audiencia Imparcial Estatal. Debe pedir una Audiencia Imparcial Estatal por escrito o por teléfono dentro de los 120 días calendario de la fecha en que enviamos la carta de decisión en su apelación de Nivel 1. La carta que usted reciba de nosotros le informará dónde presentar su solicitud de audiencia.

Si desea solicitar una Audiencia Imparcial Estatal sobre un artículo o servicio estándar de Medicaid, la Exención para Personas Mayores (Programa de Cuidado Comunitario o CCP, por sus siglas en inglés), o la Exención para Centros de Vida Asistida, envíe su apelación por escrito o por teléfono a:

Illinois Healthcare and Family Services
Bureau of Administrative Hearings Fair Hearings
Section 69 West Washington, 4th Floor
Chicago, Illinois 60602
TELÉFONO 1-855-418-4421 (línea gratuita) TTY 1-800-526-5812 FAX 1-312-793-2005
CORREO ELECTRÓNICO HFS.FairHearings@Illinois.gov

Si desea solicitar una Audiencia Imparcial Estatal sobre la Exención de Personas con Discapacidades, la Exención de Lesiones Cerebrales Traumáticas o la exención de VIH/sida (Programa de Servicios en el Hogar o HSP, por sus siglas en inglés), envíe su apelación por escrito o por teléfono a:

Department of Human Services
Bureau of Hearings 69 West Washington, 4th Floor
Chicago, Illinois 60602
CALL1-800-435-0774 (línea gratuita) TTY 1-877-734-7429 FAX 1-312-793-3387
CORREO ELECTRÓNICO DHS.HSPAppeals@Illinois.gov

La audiencia será manejada por un funcionario de audiencias imparcial autorizado para supervisar las audiencias imparciales estatales. Recibirá una carta de la oficina de audiencias indicándole la fecha, hora y lugar de la audiencia. Esta carta también proporcionará información detallada sobre la audiencia. Es importante que lea esta carta con detenimiento. Al menos tres días hábiles antes de la audiencia, recibirá un paquete de información de nuestro plan. Este paquete incluirá todas las pruebas que presentaremos en la audiencia. Este paquete también se enviará al Funcionario de Audiencias Imparciales. Deberá informar a la oficina de Audiencias sobre cualquier adaptación razonable que pueda necesitar. Si, debido a su discapacidad, no puede participar en persona en la oficina local, puede solicitar participar por teléfono. Proporcione al personal de Audiencias el número de teléfono que le resulte más conveniente. Debe proporcionar todas las pruebas que presentará en la audiencia al Funcionario de Audiencias Imparciales al menos tres días hábiles antes de la audiencia. Esto incluye una lista de los testigos que aparecerán, así como todos los documentos que usará. La audiencia se grabará.

J3. Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones se rechazaron.

Si el valor del medicamento por el cual apeló cumple con cierto monto en dólares, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. En la respuesta por escrito que recibe a la Apelación de Nivel 2 se explica con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia con un ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado adjudicador que trabaja para el Gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado adjudicador **acepta** su apelación:

- El proceso de apelación se termina.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada en un plazo de 72 horas (o 24 horas para una apelación acelerada) o hacer el pago dentro de los 30 días calendario posteriores al momento que recibimos la decisión.

Si el ALJ o el abogado adjudicador **niegan** su apelación, existe la posibilidad de que el proceso de apelaciones continúe.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le dirá qué hacer para presentar una Apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del Gobierno federal.

Si el Consejo **acepta** su apelación:

- El proceso de apelación se termina.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada en un plazo de 72 horas (o 24 horas para una apelación acelerada) o hacer el pago dentro de los 30 días calendario posteriores al momento que recibimos la decisión.

Si el Consejo **rechaza** su apelación o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, existe la posibilidad de que el proceso de apelación continúe.

- Si decide **aceptar** la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones se termina.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba se le dirá si puede presentar una Apelación de Nivel 5 y cómo hacerlo.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá **sí** o **no**. Esta es la decisión final. No existen más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

K. Cómo presentar una queja

K1. Qué tipo de problemas deben ser quejas

El proceso de quejas se utiliza solo para ciertos tipos de problemas, como problemas de calidad del cuidado, tiempos de espera, coordinación del cuidado y servicio al cliente. A continuación, se muestran ejemplos de los tipos de problemas que se tratan en el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad del cuidado médico	• No está contento con la calidad del cuidado, como el cuidado que recibió en el hospital.
Respeto a su privacidad	• Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial sobre usted.
Falta de respeto, mala atención al cliente u otros comportamientos negativos	• Un proveedor o personal de cuidado de la salud fue grosero o irrespetuoso con usted. • Nuestro personal lo trató mal. • Usted cree que se lo está expulsando de nuestro plan.
Accesibilidad y asistencia lingüística	• No puede acceder físicamente a los servicios e instalaciones de cuidado de la salud en el consultorio de un médico o proveedor. • Su médico o proveedor no proporciona un intérprete para el idioma que usted habla, que no es inglés (como la lengua de señas estadounidense o el español). • Su proveedor no le da otras adaptaciones razonables que usted necesita y solicita.
Tiempos de espera	• Tiene problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado tiempo para conseguirla. • Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, Servicios para Afiliados u otro personal del plan lo hacen esperar demasiado tiempo.
Limpieza	• Cree que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.
Información que obtiene de nosotros	• Cree que no le proporcionamos un aviso o carta que debería haber recibido. • Cree que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender.
Puntualidad relacionada con decisiones o apelaciones sobre la cobertura	• Cree que no cumplimos con nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación. • Cree que, después de obtener una decisión de cobertura o apelación a su favor, no cumplimos con los plazos para aprobar, darle el servicio o reembolsarle ciertos servicios médicos. • Usted no cree que enviamos su caso a la IRO a tiempo.

Hay diferentes tipos de quejas. Puede presentar una queja interna y/o externa. Una queja interna se presenta ante nuestro plan y este la revisa. Una queja externa se presenta ante una organización no afiliada a nuestro plan y esta la revisa. Si necesita ayuda para presentar una queja formal interna y/o externa, puede llamar a Servicios para Afiliados al número que figura en la parte inferior de esta página en caso de quejas formales internas; en caso de quejas formales externas, puede llamar a la Línea de Ayuda para Personas

Mayores al 1-800-252-8966 (TTY: 1-888-206-1327), de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. La llamada y la ayuda son gratuitas.

El término legal para una "queja" es una "**queja formal**".

El término formal para "realizar una queja" es "**presentar una queja formal**".

K2. Quejas internas

A fin de realizar una queja interna, llame a Servicios para Afiliados al 1-800-787-3311 (TTY: 711). Puede realizar la queja en cualquier momento, a menos que se trate de un medicamento de la Parte D de Medicare. Si la queja es sobre un medicamento de la Parte D de Medicare, debe realizarla **dentro de los 60 días calendario** después de haber tenido el problema del que desea quejarse.

- Si necesita hacer algo más, los Servicios para Afiliados se lo informarán.
- También puede escribir su queja y enviárnosla. Si presenta la queja por escrito, responderemos a ella por escrito.
- Deberá incluir a quién o qué se refiere la queja formal, así como cualquier información que la respalde, como la fecha del incidente, los números de referencia, el número de reclamo, etc. Humana Dual Fully Integrated revisará la queja formal y solicitará cualquier información adicional. Nuestro plan le notificará el resultado de la queja formal en un plazo de **30 días** a partir de la recepción de esta.
- Si presenta una queja formal porque le negamos una solicitud de una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida", automáticamente le daremos una "queja rápida" y responderemos a su queja formal en el plazo de las 24 horas.

El término legal para "queja rápida" es "**queja formal acelerada**".

Si es posible, le respondemos de inmediato. Si nos llama con una queja, tal vez podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su afección de salud requiere que respondamos rápidamente, lo haremos.

- Respondemos la mayoría de las quejas en un plazo de 30 días calendario. Si no tomamos una decisión dentro de los 30 días calendario porque necesitamos más información, le notificaremos por escrito. También proporcionamos una actualización de estado y un tiempo estimado para que obtenga la respuesta.
- Si realiza una queja porque le rechazamos una solicitud de una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida", automáticamente le daremos una "queja rápida" y le responderemos su queja en un plazo de 24 horas.
- Si realiza una queja porque nos tomamos tiempo adicional para tomar una decisión de cobertura o apelar, le brindaremos automáticamente una "queja rápida" y le responderemos su queja en un plazo de 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con una parte o la totalidad de su queja, le informaremos y le explicaremos nuestras razones. Respondemos si estamos de acuerdo con la queja o no.

K3. Quejas externas

Medicare

Puede informar a Medicare sobre su queja o enviarla a Medicare. El Formulario de Quejas de Medicare está disponible en: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. No necesita presentar una queja formal ante Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) antes de presentar una ante Medicare.

Medicare toma sus quejas en serio y usa esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene alguna otra opinión o inquietud, o si cree que el plan de salud no está abordando su problema, también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

Puede informar al Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios Familiares de Illinois sobre su queja formal. Para presentar una queja formal ante el Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios Familiares de Illinois, envíe un correo electrónico a Aging.HCOProgram@illinois.gov.

Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés)

Puede presentar una queja ante la OCR del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) si considera que no se lo trató de manera justa. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre la accesibilidad para personas con discapacidad o la asistencia lingüística. El número de teléfono de la OCR es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. Puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

También puede comunicarse con la oficina local de la OCR a través de las siguientes opciones:

Oficina de Derechos Civiles
U.S. Department of Health and Human Services
233 N. Michigan Ave., Suite 240
Chicago, IL 60601
Teléfono de voz: (800) 368-1019
FAX: (202) 619-3818
Dispositivo de telecomunicaciones para sordos (TDD, por sus siglas en inglés): (800) 537-7697

También puede tener derechos en virtud de la Ley de Estadounidenses con Discapacidad (ADA, por sus siglas en inglés) y la Ley de Derechos Humanos de Illinois. Puede llamar la Línea de Ayuda para Personas Mayores de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. El número de teléfono es 1-800-252-8966; los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327. La llamada y la ayuda son gratuitas.

QIO

Cuando su queja está relacionada con la calidad del cuidado, las dos opciones que tiene son las siguientes:

- Puede presentar su queja sobre la calidad del cuidado directamente a la QIO.
- Puede presentar su queja a la QIO y a nuestro plan. Si presenta una queja ante la QIO, trabajamos con ellos para resolver su queja.

La QIO es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en el cuidado de la salud pagados por el Gobierno federal para revisar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la QIO, consulte la **Sección H2** o consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para Afiliados*.

En Illinois, la QIO se llama Commence Health. El número de teléfono de Commence Health es 1-888-524-9900.

Capítulo 10: Finalización de la afiliación a nuestro plan

Introducción

Este capítulo explica cómo puede terminar su afiliación a nuestro plan y sus opciones de cobertura médica después de abandonar nuestro plan. Si abandona nuestro plan, seguirá estando en los programas Medicare e Illinois Medicaid mientras sea elegible. Los términos clave y sus definiciones se muestran en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para Afiliados*.

Índice

A. Cuándo puede cancelar su afiliación a nuestro plan. 209

B. Cómo cancelar su afiliación a nuestro plan. 210

C. Cómo obtener los servicios de Medicare e Illinois Medicaid por separado. 210

C1. Sus servicios de Medicare. 210

C2. Sus servicios de Illinois Medicaid 213

D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que finalice su afiliación a nuestro plan. . . . 213

E. Otras situaciones en las que finaliza su afiliación 213

F. Reglas en contra de solicitarle que cancele nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud . . . 215

G. Su derecho de presentar una queja si terminamos su afiliación a nuestro plan 215

H. Cómo obtener más información sobre la finalización de su afiliación al plan 215

A. Cuándo puede cancelar su afiliación a nuestro plan

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su afiliación durante ciertas épocas del año. Debido a que usted tiene Illinois Medicaid, puede cancelar su afiliación a nuestro plan durante cualquier mes del año.

Además, puede cancelar su afiliación a nuestro plan durante los siguientes períodos cada año:

- El **Período de Inscripción Abierta**, que dura desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este período, su afiliación a nuestro plan finalizará el 31 de diciembre y su afiliación al nuevo plan comenzará el 1 de enero.
- El **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA),** que dura desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo. También para los nuevos beneficiarios de Medicare que están afiliados a un plan, desde el mes en que tienen derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes en el que tienen derecho. Si elige un nuevo plan durante este período, su afiliación al nuevo plan comenzará el primer día del mes siguiente.

Puede haber otras situaciones en las que sea elegible para hacer un cambio en su afiliación. Por ejemplo, cuando ocurre lo siguiente:

- se muda fuera de nuestra área de servicio,
- su elegibilidad para Illinois Medicaid o Ayuda Adicional ha cambiado **o**
- se mudó recientemente, actualmente recibe cuidado médico o acaba de irse de un centro de enfermería o de un hospital de cuidado a largo plazo.

Su afiliación finaliza el último día del mes en que recibimos la solicitud para cambiar de plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura con nuestro plan finalizará el 31 de enero. Su nueva cobertura comienza el primer día del mes siguiente (el 1 de febrero en este ejemplo).

Si cancela nuestro plan, podrá obtener información sobre lo siguiente:

- Las opciones de Medicare en la tabla de la **Sección C1**.
- Servicios de Medicaid en la tabla de la **Sección C2**.

Puede obtener más información sobre cuándo puede terminar su afiliación llamando a:

- Servicios de Afiliación para Clientes de Illinois al 1-877-912-8880, de 8 a.m. a 6 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576.
- Los Servicios para Afiliados al número de teléfono que se encuentra en la parte inferior de esta página. El número para los usuarios de TTY también aparece en la lista.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- El Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores (SHIP), el Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores (SHIP) al 1-800-252-8966. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327.

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener información sobre los programas de gestión de medicamentos.

B. Cómo cancelar su afiliación a nuestro plan

Si decide cancelar su afiliación, puede afiliarse a otro plan de Medicare o cambiar a Medicare original. Sin embargo, si desea cambiar de nuestro plan a Medicare original, pero no seleccionó un plan de medicamentos de Medicare independiente, deberá solicitar que se le cancele la afiliación a nuestro plan. Hay dos formas de solicitar la cancelación de la afiliación:

- Puede hacernos una solicitud por escrito. Comuníquese con los Servicios para Afiliados al número que se encuentra en la parte inferior de esta página si necesita más información sobre cómo hacer esto.
- Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY (personas que tienen dificultades de audición o habla) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llama al 1-800-MEDICARE, también puede afiliarse a otro plan de salud o medicamentos de Medicare. En la tabla de la página 211 hay más información sobre cómo obtener sus servicios de Medicare cuando cancele nuestro plan.
- Llame a Servicios de Afiliación para Clientes de Illinois al 1-877-912-8880, de 8 a.m. a 6 p.m., hora central, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576. La **Sección C** a continuación incluye los pasos que puede tomar para afiliarse a un plan diferente, lo que también termina su afiliación a nuestro plan.

C. Cómo obtener los servicios de Medicare e Illinois Medicaid por separado

Usted tiene diferentes opciones para obtener sus servicios de Medicare y Medicaid si decide cancelar nuestro plan.

C1. Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones, que se enumeran a continuación, para obtener sus servicios de Medicare en cualquier mes del año. Usted tiene una opción adicional que se indica a continuación durante ciertas épocas del año, incluidos el **Período de Inscripción Abierta** y el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección A**. Si elige una de estas opciones, finalizará automáticamente su afiliación a nuestro plan.

1. Puede cambiar al siguiente plan: **Otro plan que proporciona los servicios y beneficios de Medicare y la mayoría o todos los beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan, también conocido como un plan de necesidades especiales integrado para personas con doble elegibilidad (D-SNP, por sus siglas en inglés) o un Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE, por sus siglas en inglés), si usted es elegible.**	**Lo siguiente es lo que se debe hacer:** Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para obtener información sobre el Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE, por sus siglas en inglés), para averiguar si es elegible y si hay un PACE cerca de usted, busque los planes del PACE en su área, en www.medicare.gov/plan- compare/#/pace?year=2025&lang=en Si necesita ayuda o más información, debe hacer lo siguiente: • Llame al Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores (SHIP) al 1-800-252-8966 de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información o para encontrar una oficina del SHIP local en su área, visite www.ilaging.illinois.gov/ship.html. **O BIEN** Afiliarse a un nuevo D-SNP integrado. Se cancelará automáticamente su afiliación a nuestro plan de Medicare cuando comience la cobertura del nuevo plan. Consulte la Sección C2 a continuación de este *Manual para Afiliados* a fin de ver qué sucede con sus servicios de Illinois Medicaid si abandona nuestro plan.
2. Puede cambiar al siguiente plan: **Medicare original con un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.**	**Lo siguiente es lo que se debe hacer:** Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información, debe hacer lo siguiente: • Llame al Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores (SHIP) al 1-800-252-8966, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información o para encontrar una oficina del SHIP local en su área, visite www.ilaging.illinois.gov/ship.html. **O BIEN** Afiliarse a un nuevo plan de medicamentos de Medicare. Se cancelará automáticamente su afiliación a nuestro plan cuando comience su cobertura de Medicare original. Consulte la Sección C2 a continuación de este *Manual para Afiliados* a fin de ver qué sucede con sus servicios de Illinois Medicaid si abandona nuestro plan.

3. Puede cambiar al siguiente plan: **Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado** **TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE:** Si cambia a Medicare Original y no se afilia a ningún plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya informado a Medicare que no desea afiliarse. Solo debe dejar la cobertura de medicamentos si tiene una cobertura de medicamentos de otra fuente, como de un empleador o sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura para medicamentos, llame al Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores (SHIP) al 1-800-252-8966, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información o para encontrar una oficina del SHIP local en su área, visite www.ilaging.illinois.gov/ship.html.	**Lo siguiente es lo que se debe hacer:** Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información, debe hacer lo siguiente: • Llame al Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores (SHIP) al 1-800-252-8966, de 8:30 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información o para encontrar una oficina del SHIP local en su área, visite www.ilaging.illinois.gov/ship.html. Se cancelará automáticamente su afiliación a nuestro plan cuando comience su cobertura de Medicare Original. Consulte la Sección C2 a continuación de este *Manual para Afiliados* a fin de ver qué sucede con sus servicios de Illinois Medicaid si abandona nuestro plan.
4. Puede cambiar al siguiente plan: **Cualquier plan de salud de Medicare** durante ciertas épocas del año, incluidos el **Período de Inscripción Abierta** y el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección A.**	**Lo siguiente es lo que se debe hacer:** Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para obtener información sobre el Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE, por sus siglas en inglés), para averiguar si es elegible y si hay un PACE cerca de usted, busque los planes del PACE en su área, en www.medicare.gov/plan- compare/#/pace?year=2025&lang=en Si necesita ayuda o más información, debe hacer lo siguiente: • Llame al Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores (SHIP) al 1-800-252-8966, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratis. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información o para encontrar una oficina del SHIP local en su área, visite www.ilaging.illinois.gov/ship.html. **O BIEN** Afiliarse a un nuevo plan de Medicare. Se cancelará automáticamente su afiliación a nuestro plan de Medicare cuando comience la cobertura del nuevo plan. Consulte la Sección C2 a continuación de este *Manual para Afiliados* a fin de ver qué sucede con sus servicios de Illinois Medicaid si abandona nuestro plan.

C2. Sus servicios de Illinois Medicaid

Si abandona el plan Medicare-Medicaid, obtendrá los servicios de Medicaid mediante el pago por servicio o se le pedirá que se inscriba en el programa de Servicios y Apoyo a Largo Plazo Administrados (MLTSS, por sus siglas en inglés) de HealthChoice Illinois para obtener los servicios de Medicaid.

Si no se encuentra en un centro de enfermería ni está inscrito en Servicios en el Hogar y Comunitarios (Exención de HCBS), obtendrá los servicios de Medicaid mediante el pago por servicio. Puede usar cualquier proveedor que acepte Medicaid y pacientes nuevos.

Si se encuentra en un centro de enfermería o está inscrito en una exención de HCBS, tendrá que inscribirse en el programa de MLTSS de HealthChoice Illinois para obtener los servicios de Medicaid.

Para elegir un plan de salud de MLTSS de HealthChoice Illinois, puede llamar a Servicios de Afiliación para Clientes de Illinois al 1-877-912-8880 de 8 a.m. a 6 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576. Dígales que desea dejar Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) y unirse a un plan de salud de MLTSS de HealthChoice Illinois.

Si no elige un plan de salud de Servicios y Apoyo a Largo Plazo Administrados (MLTSS) de HealthChoice Illinois, se le asignará un plan de salud de MLTSS de HealthChoice Illinois.

Tras afiliarse a un plan de salud de MLTSS de HealthChoice Illinois, tendrá 90 días para cambiar a otro plan de salud de MLTSS de HealthChoice Illinois.

Obtendrá una nueva Tarjeta de Identificación del Afiliado, un nuevo *Manual para Afiliados* e información sobre cómo acceder al *Directorio de Proveedores y Farmacias* de su plan de salud de MLTSS de HealthChoice Illinois.

D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que finalice su afiliación a nuestro plan

Si cancela nuestro plan, puede pasar un tiempo antes de que finalice su afiliación y comience su nueva cobertura de Medicare y Medicaid. Durante este tiempo, seguirá recibiendo sus medicamentos y cuidado de la salud a través de nuestro plan hasta que comience su nuevo plan.

- Utilice los proveedores de nuestra red para recibir cuidado médico.
- Utilice nuestras farmacias de la red, incluso a través de nuestros servicios de farmacia de pedido por correo para obtener sus medicamentos recetados.
- Si ingresa al hospital el día que finaliza su afiliación a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP), nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que reciba el alta. Esto sucederá incluso si su nueva cobertura de salud comienza antes de su alta.

E. Otras situaciones en las que finaliza su afiliación a nuestro plan

Los siguientes son los casos en los que debemos finalizar su afiliación a nuestro plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de Medicare Parte A y Parte B.

- Si ya no es elegible para Medicaid. Nuestro plan está destinado a personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid.
- Si no cumple con los niveles de elegibilidad de Medicaid con los que se afilia a nuestro plan.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio por más de seis meses.
  - Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicios para Afiliados para averiguar si el lugar al que se está mudando o al que viaja está en el área de nuestro plan.
- Si debe ir la cárcel o prisión por un delito penal.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tiene para medicamentos.
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
  - Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente presente en los Estados Unidos para poder afiliarse a nuestro plan.
  - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) nos notificarán si usted no es elegible para mantener la afiliación por este motivo.
  - Debemos cancelar su afiliación si no cumple con este requisito.

Si usted está dentro del período de 6 meses considerado como elegibilidad continua de nuestro plan, continuaremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, puede estar sujeto a las primas y los costos compartidos de la Parte D en función de su nivel de “Ayuda Adicional”. Además, también puede ser responsable de los pagos de las primas de las Partes A y/o B de Medicare. Continuaremos cubriendo los costos compartidos cubiertos de su plan Medicare Advantage durante este período. Las cantidades de costos compartidos del plan para los beneficios básicos y suplementarios de Medicare no cambian durante este período. No continuaremos cubriendo los beneficios de Medicaid que están incluidos en el Plan Estatal de Medicaid correspondiente ni pagaremos las primas de Medicare ni los costos compartidos de los que el estado sería responsable si usted no hubiera perdido su elegibilidad para Medicaid. La cantidad que usted paga por sus servicios cubiertos por Medicare puede aumentar durante este período.

Solo si obtenemos el permiso de Medicare y Medicaid primero, podremos obligarlo a finalizar nuestro plan por las siguientes razones:

- Si, de manera intencional, nos da información incorrecta cuando se afilia a nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si con regularidad se comporta de una manera disruptiva y hace que sea difícil proveer cuidado médico para usted y otros afiliados a nuestro plan.
- Si deja que otra persona use su tarjeta de identificación de afiliado para obtener cuidado médico. (Medicare puede pedirle al Inspector General que investigue su caso si finalizamos su afiliación por esta razón).

F. Reglas en contra de solicitarle que cancele nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud

No podemos pedirle que cancele nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud. Si cree que le pedimos que deje nuestro plan por alguna razón relacionada con la salud, debe **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

G. Su derecho de presentar una queja si terminamos su afiliación a nuestro plan

Si terminamos su afiliación de nuestro plan, debemos informarle por escrito las razones para hacerlo. También debemos explicar cómo puede presentar una queja formal o presentar una queja sobre nuestra decisión de finalizar su afiliación. También puede consultar el **Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener información sobre cómo presentar una queja formal.

H. Cómo obtener más información sobre la finalización de su afiliación al plan

Si tiene preguntas o desea más información sobre cómo terminar su afiliación, puede llamar a Servicios para Afiliados al número de la parte inferior de esta página.

Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

En este capítulo, se incluyen avisos legales que se aplican en su afiliación a nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones se muestran en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para Afiliados*.

Índice

A. Aviso sobre leyes 217

B. Aviso sobre la no discriminación 217

C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador e Illinois Medicaid como pagador de último recurso . 218

A. Aviso sobre leyes

Muchas leyes se aplican a este *Manual para Afiliados*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si no están incluidas ni explicadas en este *Manual para Afiliados*. Las principales leyes que se aplican son las leyes federales sobre los programas Medicare e Illinois Medicaid. Otras leyes federales y estatales también pueden aplicarse.

B. Aviso sobre la no discriminación

No discriminamos ni tratamos de manera diferente por motivos de raza, etnia, origen nacional, color de la piel, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, historial de reclamos, antecedentes médicos, información genética, pruebas de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o el trato injusto, haga lo siguiente:

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.
- Llame a la Oficina de Derechos Civiles local al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.
- Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a los servicios de cuidado de la salud o a un proveedor, llame a Servicios para Afiliados. Si tiene una queja, como un problema con el acceso a sillas de ruedas, los Servicios para Afiliados pueden ayudarle.
- Si cree que ha sido discriminado por médicos, hospitales o profesionales del cuidado de la salud, o en la prestación de su cobertura de seguro, se le recomienda presentar una queja formal de una de la siguiente manera:
  - Comuníquese con el Departamento de Derechos Humanos de Illinois (IDHR, por sus siglas en inglés) para presentar una acusación por discriminación y complete la Hoja de Información de Quejas del IDHR y:
    - envíela por correo electrónico a IDHR.Intake@illinois.gov,
    - envíela por fax al 312-814-6251, a la atención de: Intake Unit, **o**
    - envíela por correo al IDHR, a la atención de: Intake Unit, 100 W. Randolph Street, Suite 10-100, Chicago, IL 60601. Para obtener más información, visite www.illinois.gov/.
  - Llame a la Línea Directa de Cuidado de la Salud del Fiscal General de Illinois al 1-877-305-5145 y/o presente una queja formal usando este formulario**.**
  - Presente una queja formal ante el plan en la que se expliquen cómo se lo discriminó.

C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador e Illinois Medicaid como pagador de último recurso

A veces, alguien más debe pagar primero por los servicios que le proporcionamos. Por ejemplo, si usted tiene un accidente automovilístico o se lesiona en el trabajo, el seguro o la compensación laboral debe pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos de Medicare para los cuales Medicare no es el primer pagador.

Cumplimos con las leyes y regulaciones federales y estatales relacionadas con la responsabilidad legal de terceros por los servicios de cuidado de la salud de los afiliados. Tomamos todas las medidas razonables para asegurar que Illinois Medicaid sea el pagador de último recurso.

Derecho de subrogación del Plan

La subrogación es el proceso por el que Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) recupera parte o todos los costos de su cuidado de la salud de otra aseguradora. Algunos ejemplos de otras aseguradoras incluyen los siguientes:

- su seguro de automóvil o de propietario de vivienda;
- el seguro de vehículo de motor o propietario de vivienda de una persona que causó su enfermedad o lesión;
- compensación laboral.

Si una aseguradora distinta de Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) debe pagar por los servicios relacionados con una enfermedad o lesión, Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) tiene el derecho de pedirle a esa aseguradora que nos reembolse. A menos que la ley exija lo contrario, la cobertura en virtud de esta póliza por parte de Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) será secundaria cuando otro plan, incluido otro plan de seguro, le proporcione cobertura para servicios de cuidado de la salud.

Derecho de reembolso del Plan

Si obtiene dinero de una demanda o un acuerdo por una enfermedad o lesión, Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) tiene derecho a pedirle que pague el costo de los servicios cubiertos que pagamos. No podemos hacer que nos pague más de la cantidad de dinero que obtuvo de la demanda o el acuerdo.

Sus responsabilidades

Como afiliado a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP), acepta lo siguiente:

- Informarnos sobre cualquier evento que pueda afectar los derechos de subrogación o reembolso de Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP).
- Cooperar con Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) cuando solicitamos información y asistencia con la coordinación de beneficios, subrogación o reembolso.
- Firmar documentos para ayudar a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) a ejercer sus derechos de subrogación y reembolso.

- Autorizar a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) a investigar, solicitar y divulgar la información necesaria para llevar a cabo la coordinación de beneficios, subrogación y reembolso en la medida permitida por la ley.
- Pagar todos estos montos a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) recuperados mediante demanda, acuerdo o cualquier otro procedimiento de cualquier tercero o su aseguradora, en la medida de los beneficios proporcionados en virtud de la cobertura, hasta el valor de los beneficios proporcionados.

Si usted no está dispuesto a ayudarnos, es posible que tenga que reembolsarnos los gastos en que incurramos, incluidos los honorarios razonables de los abogados, para hacer valer nuestros derechos en virtud de este plan.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

En este capítulo, se incluyen los términos clave utilizados en este *Manual para Afiliados* con sus definiciones. Los términos se enumeran en orden alfabético. Si no encuentra el término que busca o necesita más información de la que incluye la definición, comuníquese con Servicios para Afiliados.

Actividades de la vida diaria (ADL): las cosas que la gente hace en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse, o cepillarse los dientes.

Juez de derecho administrativo: un juez que revisa apelaciones de nivel 3.

Programa de asistencia para los medicamentos contra el SIDA (ADAP): un programa que ayuda a las personas elegibles que viven con el VIH o SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas.

Centro de cirugía ambulatoria: Centro que ofrece cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan cuidado hospitalario y que no se espera que necesiten más de 24 horas de cuidado.

Apelación: una manera de cuestionar nuestro accionar si cree que cometimos un error. Puede pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura mediante la presentación de una apelación. **En el Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados,* se explican las apelaciones, incluida la forma de presentar una apelación.

Salud del comportamiento: Un término integral que hace referencia a la salud mental y a los trastornos por consumo de sustancias.

Producto biológico: Medicamento recetado que se fabrica a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar con exactitud, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte también “Producto Biológico Original” y “Biosimilar”).

Biosimilar: un producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta. (Vaya a “Biosimilar Intercambiable”).

Medicamento de marca: Medicamento fabricado y vendido por la compañía que originalmente hizo el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los medicamentos. Generalmente, a los medicamentos genéricos los elaboran y los venden otras empresas de medicamentos y no están disponibles hasta que finaliza la patente del medicamento de marca.

Coordinador de cuidados: una persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de cuidado para asegurarse de que reciba el cuidado que necesita.

Plan de cuidado: consulte “Plan de Cuidado Individualizado”.

Equipo de cuidado: consulte "Equipo de Cuidado Interdisciplinario".

Etapa de Cobertura Catastrófica: La etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D de Medicare donde nuestro plan paga todos los costos de sus medicamentos de la Parte D hasta el final del año. Comienza esta etapa cuando usted (u otras partes elegibles en su nombre) han gastado **$2,100** por medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal a cargo de Medicare. **En el Capítulo 2** de este *Manual para Afiliados,* se explica cómo comunicarse con los CMS.

Coseguro: Porcentaje (por ejemplo, el 20%) del costo total de los medicamentos que debe pagar en el momento de recibirlos.

Queja: una declaración escrita o verbal en la que se menciona que tiene un problema o inquietud sobre sus servicios o cuidados cubiertos. Esto incluye cualquier preocupación por la calidad del servicio, la calidad de su cuidado, nuestros proveedores de la red o nuestras farmacias de la red. El nombre formal para "realizar una queja formal" es "presentar una queja".

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): un centro que principalmente proporciona servicios de rehabilitación después de una enfermedad, un accidente o una cirugía mayor. Ofrece una variedad de servicios, incluida fisioterapia, los servicios sociales o psicológicos, la terapia respiratoria, la terapia ocupacional, la terapia del habla y los servicios de evaluación del entorno doméstico.

Copago: Una cantidad fija que paga como su parte del costo cada vez que recibe ciertos medicamentos. Por ejemplo, podría pagar $2 o $5 por un medicamento.

Costos compartidos: Cantidades que tiene que pagar cuando recibe ciertos medicamentos. En los costos compartidos se incluyen los copagos.

Nivel de costo compartido: Un grupo de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento de la *Lista de Medicamentos Cubiertos* (también conocida como *Lista de Medicamentos*) es uno de los 6 niveles de costos compartidos. En general, cuanto mayor sea el nivel de costos compartidos, mayor será el costo del medicamento.

Decisión de cobertura: una decisión sobre los beneficios que cubrimos. Esto incluye decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos o la cantidad que pagaremos por sus servicios de salud. **En el Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados,* se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados y de venta sin receta (OTC) que nuestro plan cubre.

Servicios con cobertura: Término general que usamos para referirnos a todos los servicios de cuidado de la salud, los servicios y apoyos a largo plazo, los suministros, los medicamentos recetados y de venta sin receta, los equipos y otros servicios que cubre nuestro plan.

Capacitación en Competencias Culturales: capacitación que proporciona instrucción adicional a nuestros proveedores de cuidado de la salud que los ayuda a comprender mejor sus antecedentes, valores y creencias para adaptar los servicios a fin de satisfacer sus necesidades sociales, culturales y lingüísticas.

Tarifa diaria de costos compartidos: una tarifa que puede aplicarse cuando su médico le prescribe menos de un mes completo de suministro de ciertos medicamentos para usted y debe pagar un copago. Una tarifa diaria de costos compartidos es el copago que se divide por el número de días en el suministro de un mes.

Este es un ejemplo: Supongamos que el copago de su medicamento para un suministro de un mes completo (un suministro de 30 días) es de $1.35. Esto significa que la cantidad que usted paga por su medicamento es inferior a $0.05 por día. Si recibe un suministro de 7 días del medicamento, su pago es inferior a $0,05 por día multiplicado por 7 días, lo que sería un pago total inferior a $0,35.

Cancelación de la afiliación: el proceso de finalizar su afiliación a nuestro plan. La cancelación de la afiliación puede ser voluntaria (es su elección) o involuntaria (no es su elección).

Programa de gestión de medicamentos (DMP): un programa que ayuda a garantizar que los afiliados consuman de forma segura los opioides con receta y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia.

Niveles de medicamentos: grupos de medicamentos en nuestra *Lista de Medicamentos*. Los medicamentos genéricos, de marca o de venta sin receta (OTC) son ejemplos de niveles de medicamentos. Cada medicamento de la *Lista de Medicamentos* se encuentra en uno de los 6 niveles.

Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (D-SNP): plan de salud que atiende a personas que son elegibles tanto para Medicare como Medicaid. Nuestro plan es un D-SNP.

Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés): Ciertos artículos que su médico le ordena para que los use en su hogar. Algunos ejemplos de estos artículos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Emergencia: Una emergencia médica ocurre cuando usted, o cualquier otra persona con un conocimiento promedio de la salud y la medicina, cree que tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para prevenir la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal (y si es una mujer embarazada, la pérdida del feto). Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente.

Cuidado médico en casos de emergencia: Servicios cubiertos proporcionados por un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia y necesarios para tratar una emergencia médica o de salud conductual.

Excepción: permiso para obtener cobertura de un medicamento que normalmente no tiene cobertura o para consumirlo sin ciertas reglas y limitaciones.

Servicios excluidos: servicios que este plan de salud no cubre.

Ayuda Adicional: Programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos de la Parte D de Medicare, tales como primas, deducibles y copagos. La Ayuda Adicional también se denomina “Subsidio por Ingresos Limitados” (LIS, por sus siglas en inglés).

Audiencia imparcial: Oportunidad para que presente su problema en el tribunal y demuestre que una decisión que tomamos es errónea.

Medicamento genérico: un medicamento aprobado por la FDA para usarse en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca. Por lo general, es más económico y funciona igual de bien que el medicamento de marca.

Queja formal: una queja que realiza sobre nosotros o uno de nuestros proveedores o farmacias de la red. Esto incluye una queja sobre la calidad de su cuidado o la calidad de los servicios que su plan de salud proporciona.

Plan de salud: una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También tiene coordinadores de cuidados que brindan ayuda para administrar a todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan en conjunto para proporcionar el cuidado que necesita.

Evaluación de riesgos de salud (HRA): Revisión de sus antecedentes médicos y de su afección actual. Se usa para aprender sobre su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Asistente de cuidado de la salud en el hogar: persona que proporciona servicios que no requieren las habilidades de un profesional de enfermería o terapeuta licenciado, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o llevar a cabo los ejercicios recetados). Los asistentes de cuidado de la salud en el hogar no tienen una licencia de enfermería ni proporcionan terapia.

Cuidado de la salud en el hogar: Cuidado de enfermería especializada y otros servicios de cuidado de la salud prestados a un paciente en su propio hogar para el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos se enumeran en el **Capítulo 4** de este *Manual para Afiliados*. Si necesita servicios de cuidado de la salud en el hogar, nuestro plan le cubrirá estos servicios, siempre y cuando se cumplan los requisitos de elegibilidad y cobertura de Medicaid y Medicare. El cuidado de la salud en el hogar puede incluir servicios de un asistente de cuidado de la salud en el hogar si dichos servicios son parte del plan de cuidado de la salud en el hogar para su enfermedad o lesión. No están cubiertos, a menos que usted también esté recibiendo un servicio especializado cubierto. Los servicios de cuidado de la salud en el hogar no incluyen los servicios de tareas domésticas, la organización de los servicios de comidas ni el cuidado de enfermería a tiempo completo en el hogar.

Hospicio: un programa de cuidado y asistencia para ayudar a las personas que tienen un pronóstico terminal a vivir cómodamente. Un pronóstico terminal se refiere a que se certificó médicamente a una persona como enferma terminal, lo que significa tener una esperanza de vida de 6 meses o menos.

- Un afiliado que tiene un pronóstico terminal tiene derecho a elegir el hospicio.
- Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente capacitados brinda cuidado a la persona en su totalidad, con sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales incluidas.
- Tenemos la obligación de proporcionarle una lista de proveedores de hospicio en su área geográfica.

Illinois Medicaid: Este es el nombre del programa de Medicaid de Illinois. El estado administra Illinois Medicaid, y el estado y el gobierno federal lo pagan. Ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y asistencias a largo plazo y los costos médicos.

- Cubre servicios adicionales y algunos medicamentos que no cubre Medicare.
- Los programas de Medicaid varían, pero la mayoría de los gastos de cuidado de la salud están cubiertos si usted es elegible tanto para Medicare como para Medicaid.

Facturación incorrecta o inadecuada: una situación en la que un proveedor (como un médico o un hospital) le factura más de la cantidad de nuestros costos compartidos por los servicios. Llame a Servicios para Afiliados si recibe alguna factura que no entienda.

Como afiliado al plan, solo paga las cantidades de costos compartidos de nuestro plan cuando recibe los servicios que cubrimos. No permitimos que los proveedores le facturen más de esta cantidad.

Organización de revisión independiente (IRO): una organización independiente que Medicare contrata para revisar las apelaciones de nivel 2. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo. El nombre oficial es la **Entidad de Revisión Independiente**.

Plan de Cuidado Individualizado (ICP o Plan de Cuidado): un plan sobre los servicios que recibirá y cómo los recibirá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios para la salud del comportamiento y servicios y apoyo a largo plazo.

Etapa de cobertura inicial: Etapa antes de que sus gastos totales de medicamentos de la Parte D de Medicare alcancen los $2,100. Esto incluye las cantidades que pagó, lo que nuestro plan pagó en su nombre y el subsidio por ingresos limitados. Comienza en esta etapa cuando surte la primera receta del año. Durante esta etapa, pagamos parte de los costos de los medicamentos y usted paga su parte.

Período de Inscripción Inicial: El período durante el que puede inscribirse en Medicare Parte A y Parte B desde que usted es elegible por primera vez para Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de Inscripción Inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65.

Paciente hospitalizado: un término que se utiliza cuando se lo admite formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no se lo admite formalmente, aún se lo puede considerar un paciente ambulatorio en lugar de un paciente hospitalizado, incluso si se queda por la noche.

Equipo de Cuidado Interdisciplinario (ICT o equipo de cuidado): un equipo de cuidado puede incluir médicos, profesionales de enfermería, consejeros u otros profesionales de la salud que están allí para ayudarle a obtener la atención que necesita. Su equipo de cuidado también lo ayuda a elaborar un plan de cuidado.

D-SNP integrado: un plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad que cubre los servicios de Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid en un único plan de salud destinado a ciertos grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. A estas personas se las denomina personas con doble elegibilidad con beneficios completos.

Biosimilar Intercambiable: Biosimilar que se puede usar como sustituto en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, ya que cumple con los requisitos adicionales relacionados con la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

***Lista de Medicamentos Cubiertos* (*Lista de medicamentos*):** Lista de los medicamentos recetados y de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) que cubrimos. Elegimos los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. En la *Lista de Medicamentos*, se le indica si hay alguna regla que debe seguir para obtener sus medicamentos. A veces, la *Lista de Medicamentos* se denomina “formulario”.

Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS): los servicios y apoyos a largo plazo ayudan a mejorar una afección médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios lo ayudan a permanecer en su hogar para que no tenga que ir a un centro de enfermería u hospital. Entre los LTSS, se incluyen Servicios Comunitarios y Centros de Enfermería (NF, por sus siglas en inglés).

Subsidio por ingresos limitados (LIS): consulte "Ayuda Adicional".

Farmacia de Pedido por Correo: Farmacia que surte y envía recetas por correo al hogar del afiliado.

Medicaid (o Medical Assistance): un programa que dirige el Gobierno federal y el Estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo y los costos médicos.

Necesario por razones médicas: esto describe los servicios, suministros o medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye el cuidado que le impide ir a un hospital o a un centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: el programa federal de seguros de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedades renales en etapa terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura médica de Medicare a través de Medicare original o de un plan de cuidado médico administrado (consulte "Plan de salud").

Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage: El período desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo durante el que los afiliados de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su afiliación al plan y cambiar a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura mediante Medicare Original. Si decide cambiar a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en 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 sea elegible por primera vez para Medicare.

Organización Medicare Advantage: Compañía privada que administra planes de Medicare Advantage para ofrecer a los afiliados más opciones y, a veces, beneficios adicionales. Los planes Medicare Advantage, también conocidos como "Parte C", ofrecen cobertura completa de la Parte A (Hospital) y la Parte B (Médica), y algunos también pueden incluir cobertura de la Parte D (medicamentos recetados).

Medicare Advantage: un programa de Medicare, también conocido como la "Parte C de Medicare" o "MA", que ofrece planes a través de empresas privadas. Medicare les paga a estas empresas para cubrir sus beneficios de Medicare.

Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo): un consejo que revisa apelaciones de nivel 4. El Consejo es parte del Gobierno Federal.

Servicios con cobertura por Medicare: Servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare.

Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP): un programa estructurado de cambio de comportamiento de la salud que proporciona una capacitación en el cambio dietético a largo plazo, el aumento de la actividad física y las estrategias para superar los obstáculos que supone mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.

Afiliado a Medicare-Medicaid: una persona que es elegible para la cobertura de Medicare y Medicaid. Un afiliado a Medicare-Medicaid también se denomina "persona con doble elegibilidad".

Parte A de Medicare: el programa de Medicare que cubre la mayoría de los hospitales necesarios por razones médicas, las instalaciones de enfermería especializada, la salud en el hogar y el cuidado de hospicio.

Parte B de Medicare: El programa Medicare que cubre servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y consultas al médico) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son necesarios por razones médicas para tratar una enfermedad o afección. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y de pruebas de detección.

Parte C de Medicare: el programa de Medicare, también conocido como "Medicare Advantage" o "MA", que permite a las compañías privadas de seguros de salud proporcionar beneficios de Medicare a través de un plan MA.

Parte D de Medicare: el programa de beneficios de medicamentos de Medicare. A este programa lo llamamos "Parte D" para abreviarlo. La Parte D de Medicare cubre medicamentos para pacientes ambulatorios, vacunas y algunos suministros que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare o por Medicaid. Nuestro plan incluye la Parte D de Medicare.

Medicamentos de la Parte D de Medicare: Medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. El Congreso excluye específicamente ciertas categorías de medicamentos de la Parte D de Medicare. Medicaid puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Administración de la Terapia con Medicamentos (MTM): el programa de Parte D de Medicare para necesidades complejas de salud que se proporciona a personas que cumplen ciertos requisitos o están en un Programa de Administración de Medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de cuidado de la salud para revisar los medicamentos. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener más información.

Afiliado (afiliado de nuestro plan o afiliado del plan): una persona con Medicare y Medicaid que es elegible para recibir servicios con cobertura, que se ha afiliado a nuestro plan y cuya afiliación la confirmaron los Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) y el estado.

***Manual para Afiliados* e Información de Divulgación:** Este documento, junto con su formulario de afiliación y cualquier otro anexo, o cláusulas, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted tiene que hacer como afiliado a nuestro plan.

Servicios para Afiliados: un departamento dentro de nuestro plan, responsable de responder a sus preguntas sobre la afiliación, los beneficios, las quejas formales y las apelaciones. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener más información sobre los Servicios para Afiliados.

Farmacia de la red: Farmacia (droguería) que ha aceptado surtir recetas para los afiliados a nuestro plan. Las llamamos "farmacias de la red" porque han aceptado trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, cubrimos sus recetas solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red: "proveedor" es el término general que usamos para médicos, profesional de enfermería y otras personas que brindan servicios y cuidados. El término también incluye hospitales, agencias de cuidado de la salud en el hogar, clínicas y otros lugares que brindan servicios de cuidado de la salud, equipo médico, y servicios y asistencia a largo plazo.

- Están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para proporcionar servicios de cuidado de la salud.
- Los llamamos "proveedores de la red" cuando aceptan trabajar con el plan de salud, aceptan nuestro pago y no cobran a los afiliados una cantidad adicional.
- Mientras sea afiliado de nuestro plan, debe utilizar proveedores de la red para obtener servicios con cobertura. Los proveedores de la red también se denominan "proveedores del plan".

Hogar o centro de ancianos: Lugar que brinda cuidado a personas que no pueden recibir cuidado en el hogar, pero que no necesitan estar en el hospital.

Mediador: una oficina en su estado que trabaja como defensor en su nombre. Puede responder preguntas si tiene un problema o una queja y puede ayudarle a entender qué hacer. Los servicios del mediador son gratuitos. Puede encontrar más información sobre el mediador en los **Capítulos 2 y 9** de este *Manual para Afiliados*.

Determinación de la organización: nuestro plan realiza una determinación de la organización cuando nosotros, o uno de nuestros proveedores, decidimos si los servicios están cubiertos o cuánto usted debe pagar por los servicios con cobertura. Las determinaciones de la organización se denominan "decisiones de cobertura". **En el Capítulo 9** de este *Manual para Afiliados*, se explican las decisiones de cobertura.

Producto biológico original: un producto biológico aprobado por la FDA y que sirve como comparación para los fabricantes que realizan una versión biosimilar. También se denomina "producto de referencia".

Medicare original (Medicare tradicional o Medicare de cargo por servicio): el Gobierno ofrece Medicare original. En Medicare original, los servicios están cubiertos mediante el pago de montos que establece el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud.

- Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud que acepte Medicare. Medicare original tiene dos partes: Parte A de Medicare (seguro de hospital) y Parte B de Medicare (seguro médico).
- Medicare original está disponible en todas partes de los Estados Unidos.
- Si no quiere estar en nuestro plan, puede elegir Medicare original.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha aceptado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos con cobertura a los afiliados de nuestro plan. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que se obtienen de farmacias fuera de la red, a menos que se cumplan ciertas condiciones.

Proveedor o **instalación fuera de la red:** un proveedor o instalación que no es empleado, propiedad ni está gestionado por nuestro plan y que no tiene contrato para prestar servicios médicos con cobertura a los afiliados de nuestro plan. **El Capítulo 3** de este *Manual para Afiliados* explica los conceptos de proveedores o centros fuera de la red.

Gastos de desembolso personal: El requisito de costo compartido para que los afiliados paguen parte de los servicios o medicamentos que obtienen también se denomina "requisito de gasto de desembolso personal". Consulte la definición de "costos compartidos" anterior.

Medicamentos de venta sin receta (OTC): los medicamentos de venta sin receta son aquellos que una persona puede comprar sin receta de un profesional de cuidado de la salud.

Parte A: consulte la sección "Parte A de Medicare".

Parte B: consulte la sección "Parte B de Medicare".

Parte C: consulte la sección "Parte C de Medicare".

Parte D: consulte la sección "Parte D de Medicare".

Medicamentos de la Parte D: consulte "medicamentos de la Parte D de Medicare".

Información personal sobre salud (también llamada información médica protegida) (PHI): información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguro social, consultas médicas y antecedentes médicos. Consulte nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad para obtener más información sobre cómo protegemos, usamos y divulgamos su Información Personal sobre Salud (PHI, por sus siglas en inglés), así como sus derechos con respecto a esta.

Servicios preventivos: Cuidado de la salud para prevenir o detectar enfermedades en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la influenza y mamografías de detección).

Proveedor de cuidado primario (PCP): el médico u otro proveedor al que acude primero para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que reciba el cuidado que necesita para mantenerse saludable.

- También puede hablar con otros médicos y proveedores de cuidado de la salud sobre su cuidado y remitirlo a ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, usted debe acudir a su proveedor de cuidado primario antes de consultar con cualquier otro proveedor de cuidado de la salud.
- Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener información sobre cómo recibir cuidado de los proveedores de cuidado primario.

Autorización previa (PA): una aprobación que debe obtener de nosotros antes de poder obtener un servicio o medicamento específico o consultar a un proveedor fuera de la red. Es posible que nuestro plan no cubra el servicio o el medicamento si no obtiene la aprobación antes.

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos de la red solo si su médico u otro proveedor de la red recibe la PA de nosotros.

- Los servicios cubiertos que necesitan PA de nuestro plan están marcados en la **Sección D del Capítulo 4** de Beneficios de este *Manual para Afiliados*.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos solo si obtiene nuestra PA.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan PA de nuestro plan están marcados en la *Lista de Medicamentos Cubiertos*, y las reglas están publicadas en nuestro sitio web.

Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE, por sus siglas en inglés): Programa que cubre, en conjunto, los beneficios de Medicare y Medicaid para personas de 55 años o más que necesitan un mayor nivel de cuidado para vivir en su hogar.

Prótesis y ortesis: Dispositivos médicos solicitados por su médico u otro proveedor de cuidado de la salud que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para el brazo, la espalda y el cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, lo que incluye suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO): un grupo de médicos y otros expertos en cuidado de la salud que ayudan a mejorar la calidad del cuidado de las personas con Medicare. El Gobierno federal paga la QIO para comprobar y mejorar el cuidado que se brinda a los pacientes. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener información sobre la QIO.

Límites de cantidad: un límite en la cantidad de un medicamento que puede tener. Podemos limitar la cantidad del medicamento que cubrimos por receta.

Herramienta de Beneficio en Tiempo Real: un portal o una aplicación informática en la cual los afiliados pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica para el afiliado sobre la cobertura de los medicamentos y los beneficios. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos alternativos que pueden usarse para la misma afección de salud que un medicamento dado, y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia por fases, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Servicios de rehabilitación: el tratamiento que recibe para ayudarle a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación importante. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual para Afiliados* a fin de obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Área de servicio: un área geográfica donde un plan de salud acepta afiliados si limita la afiliación en función del lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede usar, generalmente es el área donde puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden afiliarse a nuestro plan.

Centro de enfermería especializada (SNF): un centro de cuidado de enfermería especializada y el equipo necesarios para prestar cuidado de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud conexos.

Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF): cuidado de enfermería especializada y servicios de rehabilitación prestados de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de cuidado en un centro de enfermería especializada incluyen terapia física o inyecciones intravenosas (IV) que un profesional de enfermería registrado o un médico pueden administrar.

Período Especial de Inscripción: Período determinado en el que los afiliados pueden cambiar sus planes de salud y medicamentos o regresar a Medicare Original debido a ciertos 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 está recibiendo 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 conoce como "Período de Elección Especial" o "SEP" (por sus siglas en inglés).

Plan de Necesidades Especiales: Tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona cuidados de la salud más focalizados para grupos específicos de personas, tales como aquellos que tienen tanto Medicare como Medicaid, que residen en un hogar de ancianos o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Especialista: un médico que presta servicios de cuidado de la salud para tratar una enfermedad específica o una parte del cuerpo.

Audiencia Estatal: si su médico u otro proveedor solicita un servicio de Medicaid que no aprobaremos, o no continuaremos con el pago de un servicio de Medicaid que ya tiene, puede solicitar una Audiencia Estatal. Si la Audiencia Estatal se resuelve a su favor, debemos proporcionarle el servicio que solicitó.

Agencia Estatal de Medicaid: El Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios Familiares de Illinois.

Costos compartidos estándar: Los costos compartidos estándar se refieren a los costos compartidos que difieren de los costos compartidos preferidos que se ofrecen en una farmacia de la red.

Terapia por fases: Regla de cobertura que requiere que pruebe primero otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que está solicitando.

Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI): Beneficio mensual que la Seguridad Social paga a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años. Los beneficios del SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Centro de Cuidado de Urgencia: Centro de salud autorizado donde los médicos y los profesionales de enfermería brindan servicios para identificar y tratar una lesión o enfermedad repentina, sin estancia nocturna.

Cuidado urgente: cuidado que recibe por una enfermedad, lesión o afección inesperada que no es una emergencia, pero necesita cuidado de inmediato. Puede obtener cuidado urgente de proveedores fuera de la red cuando no puede llegar a ellos porque, dado al tiempo, lugar o circunstancias, no es posible, o no es razonable obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando está fuera del área de servicio del plan y necesita servicios médicos necesarios inmediatos para una afección desapercibida, pero no es una emergencia médica).

Aviso de No Discriminación

Humana Inc. y sus subsidiarias cumplen con las leyes aplicables de derechos civiles federales y no discriminan ni excluyen a las personas por motivos de raza, color de la piel, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, estado militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud ni por necesidades de servicios de salud. Humana Inc.:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables, además de recursos y servicios auxiliares adecuados y gratuitos para que se comuniquen con nosotros de manera eficaz, como los siguientes:
  - Intérpretes de lengua de señas acreditados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos asequibles, entre otros formatos)
- Proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuya lengua materna no sea el inglés, que pueden incluir lo siguiente:
  - Intérpretes acreditados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, recursos auxiliares adecuados o servicios de asistencia lingüística, llame al **877-320-1235 (TTY: 711)**. Horario de atención: de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Si usted cree que Humana Inc. no le ha prestado estos servicios o le ha discriminado por motivos de raza, color de la piel, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud, puede presentar una queja formal en persona o por correo postal o electrónico a la atención del Coordinador de Prevención de la Discriminación de Humana Inc. al P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, **877-320-1235 (TTY: 711)**, o **accessibility@humana.com**. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Coordinador de Prevención de la Discriminación de Humana Inc. puede ayudarle.

También puede presentar una queja formal ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**, o bien por correo postal o teléfono:

- U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201. **800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).**

Afiliados de California:

También puede presentar una queja formal ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios del Cuidado de la Salud del Estado de California, si llama al **916-440-7370 (TTY: 711)**, si envía un correo electrónico a **Civilrights@dhcs.ca.gov** o por correo a: Deputy Director, Office of Civil Rights, Department of Health Care Services, P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413. Los formularios de presentar quejas están disponibles en **http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx**.

Este aviso está disponible en **es-www.humana.com/legal/non-discrimination-disclosure**.

GHHNDN2025HUM

Aviso de Disponibilidad - Aviso de Servicios y Ayudas Auxiliares

English: Free language, auxiliary aid, and alternate format services are available. Call **877-320-1235 (TTY: 711)**.

العربية [Arabic]: تتوفر خدمات اللغة والمساعدة الإضافية والتنسيق البديل مجانًا. اتصل على الرقم **877-320-1235 (الهاتف النصي: 711)**.

Հայերեն [Armenian]: Հասանելի են անվճար լեզվական, աջակցման և այլընտրանքային ձևաչափի ծառայություններ: Զանգահարե՛ք՝ **877-320-1235 (TTY: 711)**:

বাংলা [Bengali]: বিনামূল্যে ভাষা, আনুষঙ্গিক সহায়তা, এবং বিকল্প বিন্যাসে পরিষেবা উপলব্ধ। ফোন করুন **877-320-1235 (TTY: 711)** নম্বরে।

简体中文 [Simplified Chinese]：我们可提供免费的语言、辅助设备以及其他格式版本服务。请致电 **877-320-1235（听障专线：711）**。

繁體中文 [Traditional Chinese]：我們可提供免費的語言、輔助設備以及其他格式版本服務。請致電 **877-320-1235（聽障專線：711）**。

Kreyòl Ayisyen [Haitian Creole]: Lang gratis, èd oksilyè, ak lòt fòma sèvis disponib. Rele **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Hrvatski [Croatian]: Dostupni su besplatni jezik, dodatna pomoć i usluge alternativnog formata. Nazovite **877-320-1235 (TTY: 711)**.

فارسی [Farsi]: خدمات زبان رایگان، کمک های اضافی و فرمت های جایگزین در دسترس است. با **877-320-1235 (TTY: 711)** تماس بگیرید.

Français [French] : Des services gratuits linguistiques, d’aide auxiliaire et de mise au format sont disponibles. Appeler le **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Deutsch [German]: Es stehen kostenlose unterstützende Hilfs- und Sprachdienste sowie alternative Dokumentformate zur Verfügung. Telefon: **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Ελληνικά [Greek]: Διατίθενται δωρεάν γλωσσικές υπηρεσίες, βοηθήματα και υπηρεσίες σε εναλλακτικές προσβάσιμες μορφές. Καλέστε στο **877-320-1235 (TTY: 711)**.

ગુજરાતી [Gujarati]: નિઃશુલ્ક ભાષા, સહાયક સહાય અને વૈકલ્પિક ફોર્મેટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. **877-320-1235 (TTY: 711)** પર કૉલ કરો.

עברית [Hebrew]: שירותים אלה זמינים בחינם: שירותי תרגום, אביזרי עזר וטקסטים בפורמטים חלופיים. נא התקשר למספר **877-320-1235 (TTY: 711)**

हिन्दी [Hindi]: निःशुल्क भाषा, सहायक मदद और वैकल्पिक प्रारूप सेवाएं उपलब्ध हैं। **877-320-1235 (TTY: 711)** पर कॉल करें।

Hmoob [Hmong]: Muaj kev pab txhais lus, pab kom hnov suab, thiab lwm tus qauv pab cuam. Hu **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Italiano [Italian]: Sono disponibili servizi gratuiti di supporto linguistico, assistenza ausiliaria e formati alternativi. Chiama il numero **877-320-1235 (TTY: 711)**.

日本語 [Japanese]:言語支援サービス、補助支援サービス、代替形式サービスを無料でご利用いただけます。**877-320-1235 (TTY: 711)** までお電話ください。

Este aviso está disponible en **https://es-www.humana.com/legal/multi-language-support.**

GHHNOA2025HUM_0425

ภาสาไอ้ฮ [Khmer]: សេវាកម្មផ្នែកភាសា ជំនួយ និង សេវាកម្មជាទម្រង់ផ្សេងជំនួសអាចរកបាន។ ទូរសព្ទទៅលេខ **877-320-1235 (TTY: 711)**។

한국어 [Korean]: 무료 언어, 보조 지원 및 대체 형식 서비스를 이용하실 수 있습니다. **877-320-1235 (TTY: 711)**번으로 문의하십시오.

ພາສາລາວ [Lao] ມີການບໍລິການດ້ານພາສາ, ອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນໃຫ້ໃຊ້ຟຣີ. ໂທ **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Diné [Navajo]: Saad t'áá jiik'eh, t'áadoole'é binahjį' bee adahodooníłígíí diné bich'į' anídahazt'i'í, dóó łahgo át'éego bee hada'dilyaaígíí bee bika'aanída'awo'í dahólǫ́. Kohjį' hodíilnih **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Polski [Polish]: Dostępne są bezpłatne usługi językowe, pomocnicze i alternatywne formaty. Zadzwoń pod numer **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Português [Portuguese]: Estão disponíveis serviços gratuitos de ajuda linguística auxiliar e outros formatos alternativos. Ligue **877-320-1235 (TTY: 711)**.

ਪੰਜਾਬੀ [Punjabi]: ਮੁਫ਼ਤ ਭਾਸ਼ਾ, ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾ, ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **877-320-1235 (TTY: 711)** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Русский [Russian]: Предоставляются бесплатные услуги языковой поддержки, вспомогательные средства и материалы в альтернативных форматах. Звоните по номеру **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Español [Spanish]: Los servicios gratuitos de asistencia lingüística, ayuda auxiliar y servicios en otro formato están disponibles. Llame al **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Tagalog [Tagalog]: Magagamit ang mga libreng serbisyong pangwika, serbisyo o device na pantulong, at kapalit na format. Tumawag sa **877-320-1235 (TTY: 711)**.

தமிழ் [Tamil]: இலவச மொழி, துணை உதவி மற்றும் மாற்று வடிவ சேவைகள் உள்ளன. **877-320-1235 (TTY: 711)** ஐ அழைக்கவும்.

తెలుగు [Telugu]: ఉచిత భాష, సహాయక మద్దతు, మరియు ప్రత్యామ్నాయ ఫార్మాట్ సేవలు అందుబాటులో గలవు. **877-320-1235 (TTY: 711)** కి కాల్ చేయండి.

اردو [Urdu]: مفت زبان، معاون امداد، اور متبادل فارمیٹ کی خدمات دستیاب ہیں۔ کال **877-320-1235 (TTY: 711)**۔

Tiếng Việt [Vietnamese]: Có sẵn các dịch vụ miễn phí về ngôn ngữ, hỗ trợ bổ sung và định dạng thay thế. Hãy gọi **877-320-1235 (TTY: 711)**.

አማርኛ [Amharic]፡- ቋንቋ፣ አጋዥ ማዳመጫ እና አማራጭ ቅርፀት ያላቸው አገልግሎቶችም ይገኛሉ። በ **877-320-1235 (TTY: 711)** ላይ ይደውሉ።

Bǎsɔ́ɔ̀ [Bassa]: Wuɖu-xwíníín-mú-zà-zà kǔà, Hwòɖǒ-fɔ́ńɔ-ńnyɔ,́ kè nyɔ-bɔǔ̌n-po-kà ɓě ɓɛ́ nyuɛɛ se wíɖí pɛ́ɛ̀-pɛ́ɛ̀ ɖò kɔ̀ **877-320-1235 (TTY: 711)** ɖá.

Bekee [Igbo]: Asụsụ n'efu, enyemaka nkwarụ, na ọrụ usoro ndị ọzọ dị. Kpọọ **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Òyìnbó [Yoruba]: Àwọn iṣẹ́ àtìlẹhìn ìrànlọ́wọ́ èdè, àti ọ̀nà kíkà míràn wà lárọ̀wọ́tó. Pe **877-320-1235 (TTY: 711).**

नेपाली [Nepali]: भाषासम्बन्धी नि:शुल्क, सहायक साधन र वैकल्पिक फार्मेट (ढाँचा/व्यवस्था) सेवाहरू उपलब्ध छन् । **877-320-1235 (TTY: 711)** मा कल गर्नुहोस् ।

Servicios para Afiliados a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP)

TELÉFONO	1-800-787-3311 Servicios para Afiliados está disponible los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Servicios para Afiliados también dispone de servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	(TTY: 711) Las llamadas a este número son gratuitas. Servicios para Afiliados está disponible los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.
DIRECCIÓN	Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) P.O. Box 14359 Lexington, KY 40512-4359
SITIO WEB	es-www.humana.com