

2024

Manual del afiliado

Humana Gold Plus Integrated
(Plan Medicare-Medicaid)

Illinois

Humana[®]

Manual del afiliado de Humana Gold Plus Integrated

Del 1.º de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Su cobertura de salud y medicamentos a través de Humana Gold Plus Integrated

Introducción al *Manual del afiliado*

Este manual le informa sobre su cobertura durante el tiempo en que se inscribió en Humana Gold Plus Integrated hasta el 31 de diciembre de 2024. Explica los servicios de cuidado de la salud, la cobertura de salud del comportamiento, la cobertura para medicamentos recetados y los servicios y respaldos a largo plazo. Los servicios y respaldos a largo plazo incluyen cuidado a largo plazo y exenciones para recibir servicios en el hogar y en la comunidad (HCBS). Las exenciones de HCBS pueden ofrecerle servicios que le ayudarán a permanecer en su hogar y en su comunidad. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del afiliado*.

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

Este plan Humana Gold Plus Integrated lo ofrece Humana Health Plan, Inc. Cuando en este *Manual del afiliado* se dice “nosotros”, “nos” o “nuestro” significa Humana Health Plan, Inc. Cuando dice “el plan” o “nuestro plan” significa Humana Gold Plus Integrated.

ATTENTION: If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call Customer Care at 1-800-787-3311 (TTY: 711). We're available Monday – Friday, from 8 a.m. – 8 p.m. Central time. The call is free.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-787-3311 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del centro. La llamada es gratuita.

Puede obtener este documento gratis en otros formatos, como letra grande, Braille o audio. Llame al 1-800-787-3311 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita.

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

- Si quiere hacer o cambiar una solicitud permanente, llame al Departamento de Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita.
- Conservaremos su idioma preferido además del inglés o formato alternativo para futuros envíos y comunicaciones.
- No tendrá que hacer una solicitud por separado cada vez.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Cláusulas de exención de responsabilidad

Humana Gold Plus Integrated es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y Medicaid de Illinois para proporcionar los beneficios de ambos programas a los afiliados.

La cobertura de Humana Gold Plus Integrated es una cobertura de salud elegible llamada “cobertura esencial mínima”. 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). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información sobre los requisitos de responsabilidad compartida individual para la cobertura esencial mínima.

Es posible que se apliquen limitaciones, copagos y restricciones. Para más información, llame al Departamento de Atención al Cliente de Humana Gold Plus Integrated o consulte este Manual del afiliado de Humana Gold Plus Integrated. Esto significa que es posible que deba pagar por algunos servicios y que deba seguir ciertas reglas para que Humana Gold Plus Integrated pague por sus servicios.

La Lista de medicamentos cubiertos o las redes de proveedores y farmacias pueden cambiar durante el año. Le enviaremos una notificación antes de efectuar un cambio que le afecte.

Los beneficios y/o los copagos pueden cambiar el 1.º de enero de cada año.

Índice

Capítulo 1: Comenzar como afiliado	3
Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes.....	11
Capítulo 3: Cómo utilizar la cobertura del plan para su cuidado de la salud y otros servicios cubiertos ...	24
Capítulo 4: Tabla de beneficios	43
Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos recetados como paciente externo a través del plan.....	92
Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Medicaid.....	108
Capítulo 7: Cómo pedirnos que paguemos una factura que haya recibido por servicios o medicamentos cubiertos.....	114
Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades.....	118
Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)...	128
Capítulo 10: Cómo terminar su participación en nuestro plan de Medicare-Medicaid	172
Capítulo 11: Avisos legales.....	179
Capítulo 12: Definiciones de términos importantes	188



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Capítulo 1: Comenzar como afiliado

Introducción

Este capítulo incluye información sobre Humana Gold Plus Integrated, un plan de salud que cubre todos sus servicios y membresías de Medicare y Medicaid. Además, le indica qué debe esperar y que información adicional recibirá de Humana Gold Plus Integrated. Los términos claves y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del afiliado*.

Índice

A. Bienvenido a Humana Gold Plus Integrated	4
B. Información sobre Medicare y Medicaid	4
B1. Medicare	4
B2. Medicaid	4
C. Ventajas de este plan	5
D. Área de servicios de Humana Gold Plus Integrated	5
E. ¿Qué lo hace elegible para ser afiliado del plan?	5
F. Qué esperar al inscribirse por primera vez en un plan de salud	6
G. Su plan de atención	7
H. Prima mensual del plan Humana Gold Plus Integrated	7
I. El Manual del afiliado	7
J. Otra información importante que obtendrá de nosotros	7
J1. Su tarjeta de identificación del afiliado de Humana Gold Plus Integrated	7
J2. Directorio de proveedores y farmacias	8
J3. Lista de medicamentos cubiertos	9
J4. La explicación de beneficios	9
K. ¿Cómo mantener actualizado su perfil de afiliado?	10
K1. Privacidad de la información de salud personal	10



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

A. Bienvenido a Humana Gold Plus Integrated

Humana Gold Plus Integrated es un Plan Medicare-Medicaid. Un Plan de Medicare-Medicaid es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y respaldos a largo plazo, y otros proveedores. Además, incluye coordinadores y equipos de cuidado que le ayudarán a coordinar todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan juntos para proveer el cuidado médico que usted necesita.

Humana Gold Plus Integrated se aprobó por el Estado de Illinois y por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) para ofrecerle servicios como parte de Iniciativa de alineamiento de Medicare-Medicaid.

Iniciativa de alineamiento Medicare-Medicaid es un programa piloto administrado en forma conjunta por el estado de Illinois y el gobierno federal para ofrecer mejor cuidado de la salud a quienes tienen tanto Medicare como Medicaid. Con este programa piloto, el estado y el gobierno federal desean ensayar maneras nuevas de mejorar la forma en que usted recibe servicios de cuidado de la salud de Medicare y Medicaid.

B. Información sobre Medicare y Medicaid

B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para:

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

B2. Medicaid

Medicaid, un programa administrado por el gobierno federal y el estado, para ayudar a personas con ingresos y recursos limitados a pagar por servicios y respaldos a largo plazo, y gastos médicos. También cubre servicios adicionales y medicamentos que Medicare no cubre.

Cada estado decide:

- qué se cuenta como ingresos y recursos;
- quién es elegible;
- qué servicios están cubiertos; y
- cuánto cuestan dichos servicios.

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

Medicare e Illinois deben aprobar el plan Humana Gold Plus Integrated todos los años. Usted puede obtener servicios de Medicare y Medicaid por medio de nuestro plan, siempre y cuando:

- nosotros decidamos ofrecer el plan; y
- Medicare y el estado de Illinois aprueben el plan.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Incluso si nuestro plan se cancela en el futuro, su elegibilidad para recibir servicios de Medicare y Medicaid no cambiará.

C. Ventajas de este plan

Ahora recibirá todos los servicios cubiertos de Medicare y Medicaid de Humana Gold Plus Integrated, incluyendo los medicamentos recetados. **No tiene que hacer ningún pago adicional para inscribirse en este plan de seguro de salud.**

Humana Gold Plus Integrated ayudará a que sus beneficios de Medicare y Medicaid funcionen mejor juntos y de mejor manera para usted. Las ventajas incluyen:

- Podrá trabajar con **un** plan de salud para **todas** sus necesidades de seguro de salud.
- Tendrá un equipo de cuidado de salud armado con su ayuda. Su equipo de cuidado de la salud puede incluir doctores, enfermeras, asesores u otros profesionales de la salud, que le ayudarán a obtener el cuidado que necesita.
- Tendrá un coordinador de cuidado. Esta persona trabajará con usted, con Humana Gold Plus Integrated y con sus proveedores de cuidado de la salud para asegurar que reciba el cuidado de salud que necesita.
- Podrá controlar el cuidado de su salud con ayuda de su equipo de cuidado y del coordinador.
- El equipo de cuidado y el coordinador trabajarán con usted para preparar un plan de cuidado personal, diseñado para atender sus necesidades de salud. El equipo de cuidado estará a cargo de coordinar los servicios que usted necesita. Por ejemplo:
 - Su equipo de cuidado se asegurará de informar a sus médicos todos los medicamentos que usted toma, para reducir los posibles efectos secundarios.
 - Su equipo de cuidado se asegurará de que los resultados de sus exámenes sean enviados a todos sus médicos y a otros proveedores.

D. Área de servicios de Humana Gold Plus Integrated

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Illinois: Todos los condados del estado de Illinois.

Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener Humana Gold Plus Integrated.

Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá continuar en este plan. Consulte el Capítulo 8 para obtener más información sobre los efectos de mudarse fuera de nuestra área de servicios.

E. ¿Qué lo hace elegible para ser afiliado del plan?

Es elegible para ser afiliado de nuestro plan, si usted:

- usted vive en nuestra área de servicio (las personas encarceladas no se consideran que viven en el área de servicio geográfica, incluso si están físicamente ubicadas en ella), **y**
- tiene Parte A de Medicare y Parte B de Medicare, **y**



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

- es elegible para Medicaid, **y**
- es ciudadano de los Estados Unidos o está presente legalmente en los Estados Unidos, **y**
- tiene 21 años o más al inscribirse, **y**
- está inscrito en la asistencia de Medicaid de ayuda a personas de la tercera edad, ciegos o discapacitados, **y**
- si reúne todos los criterios de demostración y forma parte de una de las siguientes exenciones 1915(c) de Medicaid:
 - personas de la tercera edad;
 - personas con discapacidades;
 - personas con VIH/SIDA;
 - personas con alguna lesión cerebral; o
 - personas que viven en instituciones de vida con respaldo.

F. Qué esperar al inscribirse por primera vez en un plan de salud

Al inscribirse por primera vez en el plan, recibirá una evaluación de riesgos de salud dentro de los primeros 90 días.

La evaluación de riesgos de salud le ayudará a comprender sus necesidades médicas. Intentaremos comunicarnos con usted por teléfono para realizar la evaluación. Si no logramos hablar con usted por teléfono, le enviaremos el formulario para completar. Le proporcionaremos un sobre con franqueo pagado para que nos devuelva el formulario completado. Si necesita ayuda para completar el formulario, podemos llamarle por teléfono o encontrarnos con usted personalmente. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. No obstante, tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada fuera del horario normal de trabajo, los fines de semana y los días festivos. Deje su nombre y número de teléfono y le devolveremos la llamada antes del final del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Visite **MyHumana.com** para tener acceso las 24 horas a información como la historia de reclamaciones, la elegibilidad y la lista de medicamentos de Humana. Allí también puede utilizar el buscador de médicos y obtener noticias e información de salud.

Si ésta es su primera vez en un Plan Medicare-Medicaid, puede seguir usando los médicos que utiliza ahora durante 180 días. **Si se cambió a Humana Gold Plus Integrated desde otro plan Medicare-Medicaid**, puede seguir usando los médicos que utiliza ahora durante 90 días. Durante el período de transición, el coordinador de cuidado se comunicará con usted para ayudarle a encontrar proveedores dentro de nuestra red.

Después de 180 días, deberá utilizar los médicos y otros proveedores de la red de Humana Gold Plus Integrated. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Consulte el Capítulo 3, Sección B, página 26 para obtener más información sobre cómo obtener cuidado.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

G. Su plan de atención

Su plan de cuidado de salud es un plan que organiza los servicios médicos, servicios para la salud del comportamiento, respaldos a largo plazo, y servicios sociales y funcionales que usted recibirá y cómo los recibirá.

Después de realizar la evaluación de riesgos de salud, su equipo de cuidado se reunirá con usted, para hablar sobre los servicios de salud que usted necesita y quiere. Juntos, usted y su equipo de cuidado diseñarán un plan de cuidado de la salud.

Cada año, su equipo de cuidado trabajará con usted para actualizar su plan de cuidado de la salud si cambian los servicios de salud que usted necesita y quiere.

Si está recibiendo una exención que le permita recibir servicios basados en la comunidad y el hogar, también tendrá un plan de servicios. Dicho plan incluye una lista de los servicios que recibirá y la frecuencia con que los recibirá. El plan de servicios será parte de su plan general de cuidado de la salud.

H. Prima mensual del plan Humana Gold Plus Integrated

Humana Gold Plus Integrated no tiene una prima mensual del plan.

I. El Manual del afiliado

Este *Manual del afiliado* forma parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las reglas de este documento. Si cree que hemos hecho algo que va en contra de estas reglas, podrá apelar o cuestionar nuestras decisiones. Para obtener información sobre cómo apelar, consulte el Capítulo 9, Sección D, página 132 o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puede solicitar un *Manual del afiliado* llamando al Departamento de Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. También puede consultar el *Manual del afiliado* en **Humana.com/IllinoisGoldPlus2024Documents** o descargarlo de este sitio web.

El contrato estará vigente durante los meses en que esté inscrito en Humana Gold Plus Integrated, entre el 1.º de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024.

J. Otra información importante que obtendrá de nosotros

Ya debería haber recibido una tarjeta de identificación del afiliado de Humana Gold Plus Integrated, información sobre cómo acceder al *Directorio de proveedores y farmacias* y una *Lista de medicamentos cubiertos*.

J1. Su tarjeta de identificación del afiliado de Humana Gold Plus Integrated

En nuestro plan, tendrá una sola tarjeta para sus servicios de Medicare y Medicaid, incluyendo servicios y respaldos a largo plazo y medicamentos recetados. Debe mostrar esta tarjeta cuando reciba servicios o medicamentos. La siguiente tarjeta es una muestra de cómo se verá la suya:



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated**.

Si su tarjeta se daña, se pierde o se la roban, llame al Departamento de Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro, de inmediato y le enviaremos una nueva tarjeta. La llamada es gratuita.

Humana.
Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan)


Member name:
CHRISTOPHER A SAMPLECARDS
Member ID: HXXXXXXXXX

Medicaid ID: XXXXXXXXXXXX
(Use for State purposes only)
Effective Date: XX/XX/XX

PCP Name: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
PCP Phone: (XXX) XXX-XXXX
Additional Benefits: DENXXX VISXXX HERXXX
XXXX XXX

MedicareRx
Prescription Drug Coverage

RxBIN: XXXXXX
RxPCN: XXXXXXXX
RxGRP: XXXXXX



Member/Provider Service: **1-800-787-3311**
Pharmacist/Physician Rx Inquiries: 1-800-865-8715
HumanaFirst 24-hr Nurse Advice Line: 1-855-235-8530

Website: Humana.com **If you use a TTY, call 711**

Send claims to:
Medical / LTSS Claims **Behavioral Health Claims**
PO Box 14601 500 Unicorn Park Drive
Lexington, KY 40512-4601 Woburn, MA 01801

Mientras sea afiliado de nuestro plan, no tendrá que usar su tarjeta de Medicare (roja, blanca y azul) ni su tarjeta de Medicaid para recibir servicios. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, en caso que las necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación de afiliado de Humana Gold Plus Integrated, puede suceder que el proveedor facture a Medicare en lugar de a nuestro plan, y usted podría recibir una factura. Consulte el Capítulo 7 para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

J2. Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* le proporciona una lista de los proveedores y las farmacias de la red de Humana Gold Plus Integrated. Mientras sea afiliado de nuestro plan, deberá usar proveedores de la red para obtener servicios cubiertos. Existen algunas excepciones al momento de unirse a nuestro plan por primera vez (consulte la página 26).

Puede solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* (en formato electrónico o impreso) llamando al Departamento de Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. Las solicitudes de directorios impresos de proveedores y farmacias se le enviarán por correo en tres días hábiles. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en nuestro sitio web en **Humana.com/IllinoisGoldPlus2024Directories**. También puede descargarlo del sitio web. Tanto el Departamento de Atención al Cliente como el sitio web pueden proporcionarle la información más actualizada sobre los cambios en la red de proveedores.

El *Directorio de proveedores y farmacias* proporciona una lista de los profesionales de cuidado de la salud, las instalaciones y los proveedores de apoyo que usted puede usar como afiliado de Humana Gold Plus Integrated. También le proporciona una lista de farmacias que puede utilizar para obtener sus medicamentos recetados.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated**.

Definición de proveedores de la red

- Los proveedores de la red de Humana Gold Plus Integrated incluyen:
 - médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud que puede usar como afiliado de nuestro plan;
 - clínicas, hospitales, instituciones de cuidado y otros sitios que proporcionan servicios de salud en nuestro plan; y
 - instituciones de cuidado de la salud en el hogar, proveedores de equipos médicos duraderos y otros proveedores de bienes y servicios que usted recibe a través de Medicare o Medicaid.

Los proveedores de la red acordaron aceptar pagos de nuestro plan por los servicios cubiertos como pago total.

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias (*drug stores*) que han acordado surtir recetas para los afiliados de nuestro plan. Use el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar.
- Excepto en casos de emergencia, deberá surtir sus medicamentos recetados en una de las farmacias de nuestra red, si desea que nuestro plan le ayude a pagarlos.

Llame al Departamento de Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711) para obtener más información o para obtener una copia del *Directorio de proveedores y farmacias*. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. Esta llamada es gratuita. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en **Humana.com/IllinoisGoldPlus2024Directories** o descargarlo de este sitio web. Tanto el Departamento de Atención al Cliente como el sitio web de Humana Gold Plus Integrated pueden proporcionarle la información más actualizada sobre los cambios en la red de proveedores y farmacias.

J3. Lista de medicamentos cubiertos

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos*. Para abreviar, la llamamos “Lista de medicamentos”. Le informa qué medicamentos recetados están cubiertos por Humana Gold Plus Integrated.

La Lista de medicamentos le avisa también si un medicamento tiene reglas o restricciones, por ejemplo, un límite a la cantidad que puede obtener. Consulte el Capítulo 5, Sección B, página 97 para obtener más información sobre estas normas y restricciones.

Cada año, le enviaremos información sobre cómo acceder a un ejemplar de la Lista de medicamentos, pero algunos cambios podrían ocurrir durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, visite **Humana.com/IllinoisGoldPlus2024Documents** o llame al Departamento de Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita.

J4. La explicación de beneficios

Cuando use sus beneficios de la Parte D para pagar por medicamentos recetados, le enviaremos un resumen para ayudarle a entender y a mantener un registro de los pagos efectuados. Este resumen se llama *Explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés)*.

En la *EOB* se indica la cantidad total que usted u otras personas en su nombre han gastado por



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated**.

medicamentos recetados de la Parte D y la cantidad total que nosotros hemos pagado por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante el mes. La EOB ofrece más información sobre los medicamentos que toma y cómo le puede ayudar a llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

También puede pedir la EOB cuando lo necesite. Para obtener una copia, comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente.

K. ¿Cómo mantener actualizado su perfil de afiliado?

Puede mantener actualizado su expediente avisándonos cuando cambie su información.

Los proveedores y las farmacias de la red del plan necesitan tener su información correcta. **Utilizarán su expediente para saber qué servicios y medicamentos usted recibe y qué costo tendrá para usted.** Por eso, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre lo siguiente:

- cambios en su nombre, dirección o número de teléfono;
- cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud, como la de su patrono, el patrono de su cónyuge o el patrono de su pareja doméstica o el programa de compensación laboral;
- cualquier reclamación por responsabilidad, como una demanda por un accidente automovilístico;
- admisión a un hospital u hogar de ancianos;
- cuidado en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red;
- cambios en la persona encargada de su cuidado (o la persona responsable por usted);
- si usted es parte o se convierte en parte de un estudio de investigación clínica (NOTA: No está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero lo alentamos a que lo haga).

Si algún dato cambia, infórmenos llamando a Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita.

K1. Privacidad de la información de salud personal

La información en su perfil de afiliado puede incluir información de salud personal (PHI, por sus siglas en inglés). Las leyes nos exigen conservar sus expedientes médicos y su información de salud personal. Nosotros nos aseguramos de que su información de salud esté protegida.

Humana Gold Plus Integrated está trabajando con el estado de Illinois para detener nuevos casos de VIH. El Departamento de Salud Pública de Illinois está compartiendo los datos que tiene sobre el VIH con Medicaid de Illinois y Organizaciones de Cuidado Administrado de Medicaid de Illinois para tener un mejor cuidado para las personas que viven con el VIH. Se comparten de manera segura el nombre, la fecha de nacimiento, el número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés), el estado del VIH y otra información para todos los afiliados de Medicaid.

Para obtener más información sobre cómo protegemos su información de salud personal, consulte el Capítulo 8, Sección D, página 121.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le ofrece información de contacto para recursos importantes que pueden ayudar a responder a sus preguntas sobre Humana Gold Plus Integrated y sus beneficios de cuidado de salud. También puede usar este capítulo para obtener información sobre cómo contactar a su coordinador de cuidado y otras personas que pueden actuar en nombre de usted. Los términos claves y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del afiliado*.

Índice

A. Cómo comunicarse con el Departamento de Atención al Cliente de Humana Gold Plus Integrated . . .	12
A1. Cuándo comunicarse con el Departamento de Atención al Cliente	12
B. Cómo comunicarse con su coordinador de cuidado	14
B1. Cuándo comunicarse con su coordinador de cuidado	15
C. Cómo comunicarse con la Línea de asesoramiento de enfermería	16
C1. Cuándo comunicarse con la Línea de asesoramiento de enfermería	17
D. Cómo comunicarse con la Línea de crisis de salud del comportamiento	17
D1. Cuándo comunicarse con la Línea de crisis de salud del comportamiento	17
E. Cómo comunicarse con el Programa de seguro de salud para la tercera edad (SHIP)	17
E1. Cuándo comunicarse con el programa SHIP	18
F. Cómo comunicarse con la Organización para el mejoramiento de la calidad	19
F1. Cuándo comunicarse con Livanta	19
G. Cómo comunicarse con Medicare	19
H. Cómo comunicarse con Medicaid	20
I. Cómo comunicarse con la Línea directa de beneficios de salud de Illinois	20
J. Cómo comunicarse con el Programa del mediador de cuidado médico domiciliario de Illinois	21
K. Otros recursos	21



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

A. Cómo comunicarse con el Departamento de Atención al Cliente de Humana Gold Plus Integrated

LLAME AL	<p>1-800-787-3311 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. No obstante, tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada fuera del horario normal de trabajo, los fines de semana y los días festivos. Deje su nombre y número de teléfono y le devolveremos la llamada antes del final del siguiente día hábil. Visite MyHumana.com para tener acceso las 24 horas a información como la historia de reclamaciones, la elegibilidad y la lista de medicamentos de Humana. Allí también puede utilizar el buscador de médicos y obtener noticias e información de salud.</p> <p>Tenemos servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar debe tener un equipo telefónico especial.</p> <p>Los horarios de atención son los mismos que arriba.</p>
ESCRIBA A	<p>Humana P.O. Box 14168 Lexington, KY 40512-4168</p>
SITIO WEB	<p>Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated</p>

A1. Cuándo comunicarse con el Departamento de Atención al Cliente

- Preguntas sobre el plan
- Preguntas sobre reclamaciones, facturación o tarjetas de identificación del afiliado de Humana Gold Plus Integrated
- Decisiones sobre la cobertura del cuidado de la salud
 - Una decisión de cobertura sobre el cuidado de su salud es una decisión sobre:
 - sus beneficios y servicios cubiertos, **o**
 - la cantidad que pagaremos por sus servicios de salud.
 - Llámenos si tiene preguntas acerca de una decisión de cobertura sobre el cuidado de su salud.
 - Para obtener más información sobre las decisiones sobre la cobertura, consulte el Capítulo 9, Sección D, página 132.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated**.

- Apelaciones sobre el cuidado de su salud
 - Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos alguna decisión que hayamos tomado sobre su cobertura y de pedirnos que la cambiemos si cree que cometimos un error.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección D, página 132.
- Quejas sobre el cuidado de su salud
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier proveedor, incluso un proveedor fuera de la red o dentro de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. También puede presentar una queja ante nosotros o ante la Organización para el mejoramiento de la calidad sobre la calidad del cuidado que recibió (consulte la Sección F abajo).
 - Si su queja es sobre una decisión de cobertura del cuidado de su salud, puede presentar una apelación. *(Consulte la sección anterior)*
 - Puede enviar una queja sobre Humana Gold Plus Integrated directo a Medicare. Puede usar un formulario en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su cuidado de la salud, consulte el Capítulo 9, Sección J, página 168.
- Decisiones de cobertura sobre sus medicamentos
 - Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos es una decisión relacionada con:
 - sus beneficios y medicamentos cubiertos, **o**
 - la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.
 - Esto se aplica a sus medicamentos de la Parte D, a medicamentos recetados de Medicaid y a medicamentos de Medicaid que no requieren receta médica.
 - Para obtener más información sobre las decisiones sobre la cobertura de sus medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9, Sección F4, página 150.
- Apelaciones por pagos de sus medicamentos
 - Una apelación es una manera de pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura. Puede presentar una apelación llamando al Departamento de Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del centro o escribiéndonos a la siguiente dirección:

Humana Inc.
Quejas formales y apelaciones
P.O. Box 14546
Lexington, KY 40512-4546

Fax urgente: 1-855-336-6220
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9, Sección F5, página 153.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

- Quejas relacionadas con sus medicamentos
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o alguna de las farmacias. Esto incluye quejas relacionadas con sus medicamentos recetados.
 - Si su queja es sobre una decisión de cobertura de sus medicamentos recetados, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior, página 12).
 - Puede enviar una queja sobre Humana Gold Plus Integrated directo a Medicare. Puede usar un formulario en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9, Sección J, página 168.
- Devolución de un pago por cuidado o medicamentos que ya pagó
 - Si desea saber cómo pedirnos que le devolvamos un pago o que paguemos una factura recibida por usted, consulte el Capítulo 7, Sección A, página 114.
 - Si nos pidió que pagáramos una factura y rechazamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9, Sección D, página 132 para obtener más información sobre apelaciones.

B. Cómo comunicarse con su coordinador de cuidado

Con Humana Gold Plus Integrated, tiene un equipo de cuidado completo que trabaja para ayudarle a resolver sus necesidades y metas de cuidado de la salud. Este servicio es parte del plan y no tiene costo para usted.

Usted es una parte esencial de su equipo de cuidado y podrá consultar a su propio coordinador de cuidado personal por teléfono. También se pueden efectuar visitas a domicilio si usted tiene un problema complejo de salud mental o física o si tiene necesidades de servicio a largo plazo.

Su coordinador de cuidado trabajará con usted y otros miembros de su familia, o con los cuidadores que usted elija. El coordinador de cuidado puede ayudarlo a mantenerse saludable, asegurando que usted y sus proveedores trabajen juntos para resolver todas sus necesidades de salud. Estamos aquí para ayudarlo a comprender y cumplir el plan de tratamiento y las instrucciones de sus proveedores. Trabajando con usted, el coordinador de cuidado puede hacer participar también a otros profesionales de la salud como enfermeras, asistentes sociales, especialistas de servicios a largo plazo y de salud del comportamiento – es su equipo de cuidado de la salud.

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

- ayudar a elegir formas de manejar su salud;
- contestar sus preguntas sobre la salud;
- trabajar con usted y sus médicos para crear un plan de cuidado de la salud que resuelva todas sus necesidades;
- ayudarle a estar seguro de que tiene todos sus medicamentos y que sabe cómo tomarlos;
- brindar apoyo si tiene enfermedades crónicas como diabetes, enfermedades del corazón y otras afecciones;



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

- apoyar sus objetivos de salud y ayudarlo a alcanzarlos;
- ayudar en la comunicación con los servicios comunitarios del área donde usted vive;
- proporcionar apoyo de salud después de una hospitalización;
- ayudar al afiliado a volver a la comunidad después de una estadía en un hogar de ancianos o una hospitalización de paciente internado;
- crear un plan de crisis para ayudar al afiliado a mantenerse seguro en situaciones de emergencia;
- ayudarlo a hacer de su hogar un lugar seguro para vivir.

Consulte la siguiente tabla para saber cómo comunicarse con su coordinador de cuidado. Si no cuenta con uno, solicítelo usando la misma tabla.

LLAME AL	1-800-787-3311 Esta llamada es gratuita. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. No obstante, tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada fuera del horario normal de trabajo, los fines de semana y los días festivos. Deje su nombre y número de teléfono y le devolveremos la llamada antes del final del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Visite MyHumana.com para tener acceso las 24 horas a información como la historia de reclamaciones, la elegibilidad y la lista de medicamentos de Humana. Allí también puede utilizar el buscador de médicos y obtener noticias e información de salud. Tenemos servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar debe tener un equipo telefónico especial. Los horarios de atención son los mismos que arriba.
ESCRIBA A	Humana PO Box 14168 Lexington, KY 40512-4168
SITIO WEB	Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated

B1. Cuándo comunicarse con su coordinador de cuidado

- Preguntas sobre el cuidado de su salud
- Preguntas sobre cómo obtener servicios para la salud del comportamiento, transporte y servicios y respaldos a largo plazo
- Si su proveedor o coordinador de cuidado cree que usted es elegible para recibir cuidado de salud a largo plazo o respaldos o servicios adicionales para que pueda permanecer en su hogar, ellos le derivarán a una agencia que decidirá si usted es elegible para recibir esos servicios.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated**.

En ocasiones, podrá recibir ayuda para el cuidado diario de su salud y para sus necesidades diarias. Si cumple los requisitos para recibir servicios y respaldos a largo plazo, podría obtener los siguientes servicios:

- Adaptaciones para la accesibilidad del entorno
- Ayudante personal
- Comidas a domicilio
- Cuidado de enfermería especializada
- Cuidado de enfermería especializado
- Cuidado de enfermería esporádico
- Cuidado de la salud en el hogar
- Equipos y suministros especializados
- Habilitación diaria, también conocido como habilitación
- Programa de vida con respaldo, también conocido como servicio de vida con apoyo
- Relevo
- Servicios de ama de casa
- Servicios para la salud del comportamiento
- Servicios prevocacionales
- Sistema de respuesta a emergencias en el hogar
- Sistema de respuesta a emergencias personales
- Terapia física, ocupacional y del lenguaje, también conocidas como servicios de rehabilitación.
- Servicio diario para adultos, también conocido como cuidado diario para adultos

C. Cómo comunicarse con la Línea de asesoramiento de enfermería

La línea de asesoramiento de enfermería es un servicio gratuito para afiliados del plan, para ayudar a contestar las preguntas que puedan surgir sobre el cuidado de la salud.

LLAME AL	1-855-235-8530 Esta llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Tenemos servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar debe tener un equipo telefónico especial. Los horarios de atención son los mismos que arriba.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

C1. Cuándo comunicarse con la Línea de asesoramiento de enfermería

- Preguntas sobre el cuidado de su salud

D. Cómo comunicarse con la Línea de crisis de salud del comportamiento

LLAME AL	1-855-371-9234 Esta llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Tenemos servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar debe tener un equipo telefónico especial. Los horarios de atención son los mismos que arriba.

D1. Cuándo comunicarse con la Línea de crisis de salud del comportamiento

- Si tiene una emergencia con riesgo de vida o una emergencia que supone riesgos para la vida de otras personas o propiedades, llame al 911 o vaya directamente a la sala de emergencias más cercana.
- Si tiene una crisis de salud mental, puede obtener ayuda llamando a la Línea de crisis. Profesionales de salud mental calificados estarán a su disposición las 24 horas del día, los 7 días de la semana para contestar sus preguntas, evaluar su salud mental y coordinar los servicios que resulten necesarios.
- Preguntas sobre los servicios para la salud del comportamiento

E. Cómo comunicarse con el Programa de seguro de salud para la tercera edad (SHIP)

El Programa de seguro de salud para la tercera edad (SHIP, por sus siglas en inglés) ofrece asesoramiento gratuito sobre seguros de salud a las personas con Medicare. El programa SHIP no está relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

LLAME AL	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.
ESCRIBA A	Senior Health Insurance Program Illinois Department on Aging One Natural Resources Way, Suite 100 Springfield, IL 62702-1271
CORREO ELECTRÓNICO	AGING.SHIP@illinois.gov
SITIO WEB	www2.illinois.gov/aging/ship/Pages/default.aspx

E1. Cuándo comunicarse con el programa SHIP

- Preguntas sobre su seguro de salud de Medicare
 - Los asesores del programa SHIP podrán responder a sus preguntas sobre el cambio a un plan nuevo y pueden ayudarle a:
 - comprender sus derechos,
 - comprender las opciones de su plan,
 - responder sus preguntas sobre cómo cambiarse a un nuevo plan,
 - presentar quejas sobre su cuidado de la salud o tratamiento, **y**
 - resolver problemas con sus facturas.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

F. Cómo comunicarse con la Organización para el mejoramiento de la calidad

Nuestro estado cuenta con una organización llamada Livanta. Este es un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud que ayudan a mejorar la calidad del cuidado para personas con Medicare. Livanta no está vinculada con nuestro plan.

LLAME AL	Teléfono gratuito 1-888-524-9900 Línea TTY gratuita 1-888-985-8775
ESCRIBA A	Livanta 10820 Guilford Rd., Suite 202, Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	www.livantaqio.com

F1. Cuándo comunicarse con Livanta

- Preguntas sobre el cuidado de su salud
 - Puede presentar una queja relacionada con el cuidado que recibió, si:
 - tiene un problema con la calidad del cuidado de la salud,
 - cree que su hospitalización está finalizando demasiado pronto, o
 - cree que el cuidado de salud en el hogar, el cuidado en un centro de enfermería especializada o los servicios del centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) terminarán demasiado pronto.

G. Cómo comunicarse con Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o mayores, para algunas personas menores de 65 años con discapacidades y para personas con enfermedad renal en la etapa final (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare se denomina Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

LLAMAR	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar debe tener un equipo telefónico especial.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated**.

SITIO WEB	<p>www.medicare.gov</p> <p>Es el sitio web oficial de Medicare. Ofrece información actualizada sobre Medicare. También tiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de cuidado de la salud en el hogar, centros de diálisis, centros de rehabilitación para pacientes internados y hospicios.</p> <p>Incluye sitios web y números de teléfono útiles. También tiene folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. Si no tiene una computadora, en la biblioteca local o en los centros para personas de la tercera edad pueden ayudarlo a visitar este sitio web utilizando sus computadoras. O puede llamar a Medicare al número que se encuentra más arriba y decirles lo que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán.</p>
------------------	---

H. Cómo comunicarse con Medicaid

Medicaid ofrece ayuda con servicios médicos y servicios a largo plazo y apoya la cobertura de costos para personas con ingresos y recursos limitados.

Usted está inscrito en Medicare y en Medicaid. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid, llame a la Línea de Ayuda a los clientes del Departamento de Servicios Humanos del estado de Illinois.

LLAME AL	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 gratuita.
CORREO ELECTRÓNICO	DHS.WebBits@illinois.gov
SITIO WEB	www.dhs.state.il.us

I. Cómo comunicarse con la Línea directa de beneficios de salud de Illinois

La Línea directa de beneficios de salud del Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios Familiares de Illinois proporciona información general sobre los beneficios de Medicaid.

LLAME AL	1-800-226-0768, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 4:30 p.m. La llamada es gratuita.
TTY	1-877-204-1012, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 4:30 p.m. La llamada es gratuita.
SITIO WEB	<p>www.hfs.illinois.gov</p> <p>Es el sitio web oficial de Medicaid. Ofrece información actualizada sobre Medicaid.</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated**.

J. Cómo comunicarse con el Programa del mediador de cuidado médico domiciliario de Illinois

El Programa del mediador de cuidado médico domiciliario de Illinois es un programa que trabaja como defensor en nombre de usted. Puede responder sus preguntas si tiene un problema o una queja y ayudarlo a entender qué debe hacer. También pueden ayudarlo a presentar una queja o una apelación ante nuestro plan. El Programa del mediador de cuidado médico domiciliario de Illinois no está conectado con nuestra compañía de seguro o plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

LLAME AL	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.
ESCRIBA A	Home Care Ombudsman Program Illinois Department on Aging One Natural Resources Way, Suite 100 Springfield, IL 62702-1271
CORREO ELECTRÓNICO	Aging.HCOProgram@illinois.gov
SITIO WEB	www.illinois.gov/aging/programs/LTCOmbudsman/Pages/The-Home-Care-Ombudsman-Program.aspx

K. Otros recursos

Las unidades de coordinación de cuidado sirven como puntos de acceso central para adultos mayores con necesidades de cuidado intensivo a largo plazo. Si un adulto mayor tiene uno o más impedimentos funcionales y necesita asistencia en las tareas del hogar, entrega de comidas a domicilio, cuidado personal u otros servicios, pueden comunicarse con la unidad de coordinación de cuidado más cercana. La unidad puede estar ubicada en un centro para la tercera edad u otra organización de servicio social. Un coordinador de cuidado evalúa las necesidades de la persona, establece su elegibilidad para diversos programas, crea un programa de cuidado y organiza los servicios.

LLAME AL	1-312-744-4016 (TTY: 1-312-744-6777) (Ciudad de Chicago)
ESCRIBA A	Senior Services Area Agency on Aging Chicago Department of Family and Support Services 1615 W. Chicago Avenue, 3rd Floor Chicago, IL 60622
CORREO ELECTRÓNICO	aging@cityofchicago.org
SITIO WEB	www.cityofchicago.org



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

LLAME AL	1-800-699-9043 (solo el área suburbana del condado de Cook)
ESCRIBA A	AgeOptions, Inc. 1048 Lake Street, Suite 300 Oak Park, Illinois 60301
CORREO ELECTRÓNICO	information@ageoptions.org
SITIO WEB	www.ageoptions.org

LLAME AL	1-800-528-2000 (condados de DuPage, Kane, Kankakee, Lake y Will) Horario de atención: de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita.
ESCRIBA A	Northeastern Illinois Area Agency on Aging P.O. Box 809 Kankakee, IL 60901
CORREO ELECTRÓNICO	info@ageguide.org
SITIO WEB	www.state.il.us/aging/

Consejo Consultivo de Consumidores

Como afiliado de nuestro plan de salud, puede ser invitado a reunirse con sus pares como parte de un Consejo Consultivo de Consumidores. Durante la sesión del Comité, nos puede decir cómo podemos mejorar nuestros servicios. Los afiliados que participan en el Comité se seleccionan en forma aleatoria. Si fuera seleccionado, le enviaremos una invitación por correo. Esta invitación le brinda a usted, a su cuidador o a uno de sus familiares la posibilidad de asistir a una reunión de la comunidad. Las reuniones se realizan una vez cada tres meses y duran dos horas. Se proporcionan refrescos sin costo en cada reunión. Existe la posibilidad de solicitar transporte de ida y vuelta a la reunión, en caso de necesidad. Si lo desea y no puede asistir en persona, puede llamar a la reunión. El número de teléfono se indicará en la invitación que enviamos por correo. Se escucharán sus preocupaciones. ¡Realmente nos alegra ver a nuestros afiliados!

LLAME AL	1-877-291-6608 y pulse “2”
ESCRIBA A	550 West Adams Street A/A: Market Quality Operations Chicago, IL 60661
CORREO ELECTRÓNICO	Greatlakesquality@humana.com
SITIO WEB	Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated**.

Servicios de protección para adultos (APS)

Los Servicios de acompañante para adultos (APS, por sus siglas en inglés) sirven como punto de acceso para reportar abusos, negligencias o explotación financiera de una persona mayor de 60 años o adultos con discapacidades de 18 a 59 años. El abuso, la negligencia y la explotación se presentan de diferentes maneras. Algunos ejemplos incluyen abuso físico (que ocasiona dolor o lesiones), abuso sexual (actividad sexual con una persona que no puede o no quiere consentir) y explotación financiera (abuso o robo de los recursos de una persona). Los signos de advertencia pueden incluir lesiones inexplicables, propiedad o fondos faltantes o una persona que parece sucia o que vive en un ambiente sucio a pesar de tener un cuidador. Un trabajador social de APS investiga todos los informes de abuso, negligencia o explotación presentados ante APS. Si usted, o alguien que conoce, está experimentando abuso, negligencia o explotación, comuníquese con APS. Si lo necesita, su coordinador de cuidado le puede ayudar a comunicarse con APS.

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

Programa de Mejoramiento de la Calidad (QI)

Tenemos un Programa de Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement, QI) que se centra en los cuidados clínicos y preventivos, y en las funciones de servicios al afiliado del plan de salud. Tiene derecho a decirnos los cambios que en su opinión debemos hacer. Para hablar con nosotros sobre los cambios que desea o para pedir una copia impresa del programa de Mejoramiento de la Calidad (QI, por sus siglas en inglés), envíe una solicitud por correo a: Humana Quality Operations Compliance and Accreditation Department, QI Progress Report, 321 West Main Street, WFP 20, Louisville, KY 40202 o llame al Departamento de Atención al Cliente de Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

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

Introducción

Este capítulo contiene términos y reglas específicos que necesita saber para obtener cuidado de la salud y otros servicios cubiertos con Humana Gold Plus Integrated. También le informa sobre su coordinador de cuidado, cómo obtener cuidado de diferentes tipos de proveedores y circunstancias especiales (incluyendo de proveedores o farmacias fuera de la red), qué hacer cuando le cobran directamente por servicios cubiertos por nuestro plan, y las reglas de propiedad de los equipos médicos duraderos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del afiliado*.

Índice

A. Información sobre “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red”	26
B. Reglas para obtener cuidado de salud, salud del comportamiento y servicios y respaldos a largo plazo cubiertos por el plan.	26
C. Información sobre su coordinador de cuidado.	27
C1. Qué es un coordinador de cuidado	27
C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de cuidado	28
C3. Cómo puede cambiar su coordinador de cuidado	28
D. Cuidado de su proveedor primario, de especialistas y de otros proveedores de la red y fuera de la red.	28
D1. Cuidado de un proveedor de cuidado primario	28
D2. Cuidado de especialistas y de otros proveedores de la red	31
D3. Qué hacer cuando un proveedor de la red se retira de nuestro plan	32
D4. Cómo obtener cuidado de proveedores fuera de la red	33
E. Cómo recibir servicios y respaldos a largo plazo (LTSS).	33



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

F. Cómo obtener servicios para la salud del comportamiento.....	34
G. Cómo obtener cuidados autodirigidos	34
G1. Qué son los cuidados autodirigidos	35
G2. Quién puede obtener cuidados autodirigidos.....	35
G3. Cómo obtener ayuda para contratar proveedores de cuidado personal.....	35
H. Cómo obtener servicios de transporte	35
I. Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o requiere cuidado que se necesita con urgencia o durante un desastre	35
I1. Cuidado cuando tiene una emergencia médica	35
I2. Cuidado que se necesita con urgencia	37
I3. Cuidado durante un desastre	38
J. Qué hacer si le cobran directamente los servicios cubiertos por nuestro plan.....	38
J1. Qué hacer si un servicio no está cubierto por nuestro plan.....	38
K. Cobertura de servicios de cuidado de salud cuando está participando en un estudio de investigación clínica.....	39
K1. Definición de estudio de investigación clínica	39
K2. Pago por servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica	40
K3. Más información sobre estudios de investigación clínica	40
L. Cómo se cubren sus servicios de cuidado cuando usted recibe cuidado en una institución religiosa no médica de cuidado de la salud.....	40
L1. Definición de institución religiosa no médica de cuidado de la salud	40
L2. Cómo obtener ayuda de una institución religiosa no médica de cuidado de la salud.....	40
M. Equipo médico duradero (DME)	41
M1. Equipo médico duradero como afiliado de nuestro plan.....	41
M2. Propiedad del equipo médico duradero cuando cambia a Medicare Original o Medicare Advantage	41
M3. Beneficios en equipo de oxígeno como afiliado de nuestro plan.....	41
M4. Equipo de oxígeno cuando cambia a Medicare original o Medicare Advantage.....	41



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

A. Información sobre “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red”

Servicios incluye cuidado de salud, servicios y respaldos a largo plazo, suministros, salud del comportamiento, medicamentos recetados y de venta sin receta, equipos médicos y otros servicios. Los servicios cubiertos son cualquiera de estos servicios por los cuales paga nuestro plan. Los servicios de salud cubiertos y los servicios y respaldos a largo plazo aparecen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4, Sección C, página 44.

Los proveedores son médicos, enfermeras, especialistas y otras personas que le dan servicios y cuidado. El término proveedores también incluye hospitales, agencias de cuidado de la salud en el hogar, clínicas y otros lugares que ofrecen servicios de cuidado de la salud, equipo médico y servicios y respaldos a largo plazo.

Los proveedores de la red son proveedores que trabajan con el plan de salud. Estos proveedores acordaron aceptar nuestros pagos como pago total. Los proveedores de la red nos envían facturas directamente a nosotros por el cuidado que le dan a usted. Cuando utiliza un proveedor de la red, por lo general usted no paga por los servicios cubiertos.

B. Reglas para obtener cuidado de salud, salud del comportamiento y servicios y respaldos a largo plazo cubiertos por el plan

Humana Gold Plus Integrated abarca todos los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid. Esto incluye servicios médicos, de salud del comportamiento, y servicios y respaldos a largo plazo.

En general, Humana Gold Plus Integrated pagará el costo del cuidado de la salud y los servicios que usted recibe si sigue reglas del plan a continuación. Qué cubre nuestro plan:

- El cuidado que recibe debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que debe estar incluido en la Tabla de beneficios del plan. (La tabla está en el Capítulo 4, Sección C, página 44 de este manual).
- El cuidado debe ser **necesario por razones médicas**. necesario por razones médicas significa servicios que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar su condición médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidado que evita que usted vaya a un hospital o a un hogar de ancianos. También significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos cumplen los estándares aceptados de prácticas médicas o de otro modo son necesarios según las reglas de cobertura actuales de Medicare o Medicaid de Illinois.
- Debe tener un **proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)** de la red, que le ha ordenado el cuidado o le ha dicho que utilice a otro médico. Como afiliado del plan, deberá escoger un proveedor de la red para que sea su proveedor de cuidado primario.
 - En casi todos los casos, su proveedor de cuidado primario de la red deberá darle una aprobación antes que usted pueda usar alguien que no sea su PCP o usar a otros proveedores en la red del plan. Esto se llama un **referido**. Si no obtiene la aprobación, es posible que Humana Gold Plus Integrated no cubra los servicios. No necesita un referido para usar ciertos especialistas, como especialistas en cuidado de la salud de la mujer. Para obtener más información sobre los referidos, consulte la página 28.
 - No necesita un referido de su PCP para recibir cuidado médico en casos de emergencia o cuidado que se necesita con urgencia o para utilizar un proveedor de cuidado de la salud para mujeres. Podrá obtener otras clases de cuidados sin tener una referido de su proveedor de cuidado primario. Para obtener más información sobre esto, consulte la página 28.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

- Para obtener más información sobre cómo elegir un PCP, consulte la página 28.
- **NOTA:** Si ésta es su primera vez en un plan de Medicare-Medicaid, podrá continuar usando a sus proveedores actuales durante los primeros 180 días con nuestro plan, libre de costo, si no forman parte de nuestra red. Si se cambió a Humana Gold Plus Integrated desde otro plan de Medicare-Medicaid, puede seguir usando a sus proveedores actuales durante 90 días, sin costo, si no forman parte de nuestra red. Durante el período de transición, nuestro coordinador de cuidado se comunicará con usted para ayudarlo a encontrar proveedores dentro de nuestra red. Pasado ese tiempo, no cubriremos su cuidado de salud si continúa usando a proveedores fuera de la red.
- **Debe recibir su cuidado de salud de proveedores de la red.** Por lo general, el plan no cubrirá cuidado de proveedores que no trabajen con el plan de salud. A continuación se indican algunos casos en los que esta regla no se aplica:
 - El plan cubre emergencias o cuidado que se necesita con urgencia de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y saber qué significa cuidado que se necesita con urgencia o emergencia, consulte la Sección I, página 35.
 - Si necesita cuidado cubierto por nuestro plan y los proveedores de nuestra red no se lo pueden dar, puede obtener el cuidado de proveedores fuera de la red. Antes de recibir cuidado de un proveedor fuera de la red, debe obtener una autorización del plan. En este caso, cubriremos el cuidado como si lo hubiera recibido de proveedores de la red. Para obtener información sobre cómo obtener aprobación para usar un proveedor fuera de la red, consulte la Sección D, página 28.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal cuando usted está fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o es inaccesible por un corto tiempo. Podrá obtener esos servicios en una institución para diálisis certificada por Medicare.
 - Al inscribirse por primera vez en el plan, puede seguir utilizando sus proveedores actuales durante 180 días. Si se cambió a Humana Gold Plus Integrated desde otro plan diferente de Medicare-Medicaid, puede seguir usando los médicos que utiliza ahora durante 90 días. Su cuidado continuará durante ese período o hasta que elija otro proveedor de cuidado primario. Si existen cuestionamientos sobre la calidad del cuidado que brinda el proveedor, ese procedimiento no será posible. Si está recibiendo servicios como parte de los decretos de consentimiento Williams o Colbert, trabajaremos también para asegurar la continuidad del cuidado mediante el plan del servicio aplicado a usted.

C. Información sobre su coordinador de cuidado

C1. Qué es un coordinador de cuidado

Con Humana Gold Plus Integrated, tiene un equipo de cuidado completo que trabaja para ayudarlo a resolver sus necesidades y metas de cuidado de la salud. Este servicio es parte de su plan y no tiene costo para usted.

Usted es una parte esencial de su equipo de cuidado y podrá consultar a su propio coordinador de cuidado personal por teléfono. Su coordinador de cuidado realizará una evaluación de riesgo cuando usted ingrese al plan, como se explicó en el Capítulo 1. También se realizarán reevaluaciones cada año, si se solicita, o si su situación cambia. También se pueden efectuar visitas a domicilio si usted tiene un problema complejo de salud mental o física o si tiene necesidades de servicios y respaldos a largo plazo.

Su coordinador de cuidado trabajará con usted y otros miembros de su familia, o con los cuidadores que usted elija.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

El coordinador de cuidado puede ayudarlo a mantenerse saludable, asegurando que usted y sus proveedores trabajen juntos para resolver todas sus necesidades de salud. Estamos aquí para ayudarlo a comprender y cumplir el plan de tratamiento y las instrucciones. Trabajando con usted, el coordinador de cuidado puede hacer participar también a otros profesionales de la salud como enfermeras, asistentes sociales, especialistas de servicios a largo plazo y de salud mental, es su equipo de cuidado de la salud.

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

- ayudar a elegir formas de manejar su salud;
- contestar sus preguntas sobre la salud;
- brindar apoyo si tiene enfermedades crónicas como diabetes, enfermedades del corazón y otras afecciones;
- trabajar con usted y sus médicos para crear un plan de cuidado de la salud que resuelva todas sus necesidades;
- ayudarlo a estar seguro de que tiene todos sus medicamentos y que sabe cómo tomarlos;
- apoyar sus objetivos de salud y ayudarlo a alcanzarlos;
- ayudar en la comunicación con los servicios comunitarios del área donde usted vive;
- proporcionar apoyo de salud después de una hospitalización;
- ayudar al afiliado a volver a la comunidad después de una estadía en un hogar de ancianos o una hospitalización de paciente internado;
- crear un plan de crisis para ayudar al afiliado a mantenerse seguro en situaciones de emergencia;
- ayudarlo a hacer de su hogar un lugar seguro para vivir.

C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de cuidado

Para comunicarse con su coordinador de cuidado, llame a Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. No obstante, tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada fuera del horario normal de trabajo, los fines de semana y los días festivos. Deje su nombre y número de teléfono y le devolveremos la llamada antes del final del siguiente día hábil. Esta llamada es gratuita.

C3. Cómo puede cambiar su coordinador de cuidado

Si desea cambiar de coordinador de cuidado, llame a Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. Esta llamada es gratuita.

D. Cuidado de su proveedor primario, de especialistas y de otros proveedores de la red y fuera de la red

D1. Cuidado de un proveedor de cuidado primario

Debe elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) que se encargue de proporcionarle su cuidado.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Definición de “proveedor de cuidado primario” y lo que puede hacer por usted

Su proveedor de cuidado primario (PCP)

Su proveedor de cuidado primario trabajará con usted para coordinar el cuidado de su salud. El proveedor de cuidado primario le realizará exámenes médicos y tratará la mayoría de sus necesidades de cuidado de salud rutinaria. Si es necesario, el proveedor de cuidado primario le enviará a un especialista. Puede comunicarse con el proveedor de cuidado primario llamando al consultorio. El nombre y el número telefónico de su proveedor de cuidado primario están impresos en su tarjeta de identificación de afiliado. Es importante que llame a su proveedor de cuidado primario si necesita cuidado médico. También puede utilizar a un asistente o enfermero de su proveedor de cuidado primario (PCP).

En algunos casos, es posible que un especialista sea un proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés), llame a Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. Visite **MyHumana.com** para tener acceso las 24 horas a información como la historia de reclamaciones, la elegibilidad y la lista de medicamentos de Humana. Allí también puede utilizar la herramienta de búsqueda de médicos y obtener noticias e información de salud.

El proveedor de cuidado primario puede ser uno de los siguientes proveedores de cuidado de la salud:

- un médico de familia;
- un profesional médico general;
- un internista;
- un Centro de Salud con Calificación Federal o un Centro de Salud Rural;
- un proveedor de cuidado de la salud para la mujer (WHCP, por sus siglas en inglés) u obstetra/ginecólogo - un proveedor de cuidado de la salud para la mujer es un médico, profesional de enfermería practicante u otro proveedor que se especializa en obstetricia, ginecología o medicina familiar. Las afiliadas pueden elegir tener un proveedor de cuidado de la salud para la mujer como proveedor de cuidado primario o pueden consultar a un proveedor de cuidado de la salud para la mujer según resulte necesario y sin un referido.

A veces los tratamientos nuevos funcionan muy bien y otras ocasiones no. Algunos tratamientos pueden incluso tener efectos secundarios nocivos. Humana Gold Plus Integrated sigue las últimas tendencias de la investigación médica. Así es como se decide la incorporación de beneficios nuevos a su plan de salud. Si cree que una tecnología o tratamiento médico nuevo podría ayudarle, llame a su proveedor de cuidado primario. Su proveedor de cuidado primario trabajará con Humana Gold Plus Integrated para averiguar si esa nueva opción puede ayudarle y si está cubierta por Humana Gold Plus Integrated.

Su hogar médico

Su proveedor de cuidado primario se convertirá en su hogar médico. Por ser su hogar médico, el proveedor de cuidado primario será su primera fuente de cuidado de la salud. Será quien le refiera a un especialista si resulta necesario. También le ayudará a manejar sus enfermedades crónicas. Debe tener una relación estable y de confianza con su proveedor de cuidado primario. Su proveedor de cuidado primario conoce su historia clínica. Un hogar médico también incluye el equipo de apoyo que trabaja con su proveedor de cuidado primario para coordinar los servicios y el cuidado que usted necesita. La meta es ayudar a que usted se mantenga lo más saludable posible. Su proveedor de cuidado primario también le ayudará a obtener autorización previa (PA, por sus siglas en inglés) de nosotros cuando sea necesario.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated**.

Tener un hogar médico es importante porque es el primer lugar donde buscar el cuidado que necesita para mantenerse saludable. Esto es lo que significa tener un hogar médico.

- Su proveedor de cuidado primario personal le va a llegar a conocer bien.
- Su proveedor de cuidado primario trabaja con otros proveedores de cuidado de la salud, como los especialistas, incluso proveedores de servicios para la salud del comportamiento y hospitales, para coordinar el cuidado de su salud.
- Obtendrá un mejor cuidado de la salud porque su proveedor de cuidado primario conoce sus necesidades médicas.
- Podrá comprender mejor sus enfermedades y cómo cuidarse.
- Podrá comprender cómo obtener y tomar sus medicamentos.
- La sala de emergencias se utiliza solo para el cuidado de salud de emergencia.
- El proveedor de cuidado primario puede trabajar con otros miembros de su equipo para proporcionar a usted un cuidado mejor.

Su elección de proveedor de cuidado primario

Para obtener información para elegir un proveedor de cuidado primario, llame al Departamento de Atención al Cliente a 1-800-787-3311 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. Visite **MyHumana.com** para tener acceso las 24 horas a información como la historia de reclamaciones, la elegibilidad y la lista de medicamentos de Humana. Allí también puede utilizar el buscador de médicos y obtener noticias e información de salud.

Si prefiere consultar a un proveedor de cuidado primario que tenga el mismo origen cultural, étnico o racial que usted, llame a Atención al Cliente. Los afiliados identificados como indígenas estadounidenses/nativos de Alaska pueden usar proveedores designados como proveedores de cuidado de la salud para indígenas, si así lo desean. No es obligación consultar a dichos proveedores y puede elegir a cualquier proveedor de la red. Si desea obtener ayuda para encontrar un proveedor de cuidado de la salud para indígenas, llame a Atención al Cliente al número indicado anteriormente.

Su opción de cambiar su proveedor de cuidado primario

Puede cambiar su proveedor de cuidado primario por cualquier motivo, en cualquier momento durante el año. También puede suceder que su proveedor de cuidado primario se retire de la red de nuestro plan. Podemos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor de cuidado primario si el nuevo que tiene deja la red.

Si desea cambiar de proveedor de cuidado primario, debe llamar al Departamento de Atención al Cliente para informarnos. Las solicitudes de cambio recibidas hasta el último día del mes en general tendrán vigencia a partir del primer día del mes siguiente. Le enviaremos una tarjeta de identificación de afiliado nueva que incluirá su nuevo proveedor de cuidado primario. El Departamento de Atención al Cliente también puede ayudarle a programar su primera cita con el médico, si fuera necesario.

Para ver los proveedores de cuidado primario entre los cuales puede elegir:

- Mire en nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.
- Busque en nuestro sitio web en **Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated**.
- Llame al Departamento de Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated**.

Si necesita una copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, llame al Departamento de Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. Visite **MyHumana.com** para tener acceso las 24 horas a información como la historia de reclamaciones, la elegibilidad y la lista de medicamentos de Humana. Allí también puede utilizar el buscador de médicos y obtener noticias e información de salud.

No podrá cambiar si el nuevo proveedor de cuidado primario que desea no acepta pacientes nuevos o tiene otras restricciones. Llámenos si necesita ayuda.

Si su PCP nos informa que se mudará, jubilará o saldrá de nuestra red por cualquier motivo, asignaremos otro PCP para usted. Se lo comunicaremos por correo dentro de un período de 45 días, siempre que resulte posible. Puede llamarnos si necesita ayuda para elegir otro proveedor de cuidado primario. También le informaremos si algún hospital de su región deja de aceptar Humana Gold Plus Integrated.

Servicios que puede obtener sin recibir aprobación previa de su proveedor de cuidado primario

En la mayoría de los casos, necesitará la aprobación de su PCP antes de usar otros proveedores. Esta autorización se llama referido. Puede recibir servicios como los que se indican a continuación sin tener que obtener primero la aprobación de su proveedor de cuidado primario:

- servicios en casos de emergencia que reciba de proveedores de la red o fuera de la red;
- cuidado que se necesita con urgencia de proveedores de la red;
- cuidado que se necesita con urgencia de proveedores fuera de la red cuando no pueda acudir a un proveedor de la red (por ejemplo, cuando esté fuera del área de servicio del plan o necesite cuidado inmediato durante el fin de semana);
- servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan. (Comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente antes de salir del área de servicio. Podemos ayudarle a recibir la diálisis mientras esté fuera);
- vacunas contra la gripe, vacunas para el COVID-19, vacunas para la neumonía y la hepatitis B, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red;
- cuidado de salud de rutina para la mujer y servicios de planificación familiar. Esto incluye exámenes de mama, mamografías de detección (radiografías de mama), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando los obtenga de un proveedor de la red;
- además, si usted es elegible para recibir servicios de proveedores de cuidado de la salud indígenas, puede usar estos proveedores sin un referido;
- todos los servicios preventivos cubiertos, siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red;
- salud mental para pacientes ambulatorios y farmacodependencia, manejo terapéutico de medicamentos, evaluaciones, consulta y terapia con proveedores de la red;
- emergencias o tratamientos de crisis para problemas de salud mental y farmacodependencia.

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

Un especialista es un médico que proporciona cuidado de salud para una enfermedad en particular o una parte del cuerpo específica. Hay muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated**.

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

El proveedor de cuidado primario o el proveedor de cuidado de salud para la mujer (WHCP) pueden recomendarle un especialista si tiene un problema específico. El proveedor de cuidado primario o el proveedor de cuidado de salud para la mujer también pueden recomendarle un laboratorio o un hospital para servicios especiales.

También necesitará un referido para usar un especialista u otro proveedor que no sea su proveedor de cuidado primario. Un referido significa que su proveedor de cuidado primario de la red debe autorizarle para que usted pueda utilizar a otro proveedor. Si no obtiene un referido, es posible que Humana Gold Plus Integrated no cubra el servicio. Si está usando a un especialista, es posible que deba volver a su proveedor de cuidado primario para obtener un referido para servicios adicionales.

Debemos revisar y aprobar las solicitudes de servicios antes de que usted reciba los servicios de un especialista. El especialista, laboratorio u hospital sabrá cómo obtener la aprobación de estos servicios. Esto se llama obtener una “autorización previa”. Consulte el Capítulo 4, Sección C, página 44 para obtener información acerca de qué servicios requieren autorización previa.

- Si hay especialistas específicos que desea usar, averigüe si su proveedor de cuidado primario envía pacientes a estos especialistas determinados. Cada proveedor de cuidado primario del plan tiene ciertos especialistas del plan a los que envía sus referidos. Esto significa que el proveedor de cuidado primario puede determinar los especialistas a los que usted puede usar. Por lo general, puede cambiar de PCP en cualquier momento si desea consultar a un especialista del plan al que su PCP actual no puede referirlo. En una parte anterior de esta sección, en “Opción de cambiar su proveedor de cuidado primario”, le explicamos cómo cambiar de proveedor de cuidado primario. Si desea utilizar un hospital específico, debe averiguar primero si su proveedor de cuidado primario o los médicos a los que consultará, trabajan con ese hospital.

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

Es posible que un proveedor de la red que usted esté usando, se retire de nuestro plan.

- Si un proveedor de la red al que usted visita se retira de nuestro plan, le avisaremos con una antelación mínima de 30 días, para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Si su proveedor se retira de la red del plan, permitiremos un período de transición de 90 días a partir de la fecha de la notificación, si usted está recibiendo un tratamiento o si está en el tercer semestre de embarazo, incluyendo cuidado de posparto.

Si alguno de sus proveedores abandona nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que resumimos a continuación:

- Incluso si nuestra red de proveedores cambia durante el año, debemos darle acceso sin interrupciones a proveedores calificados.
- *Le notificaremos que su proveedor está dejando nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.*
- Si su proveedor de cuidado primario o de salud del comportamiento sale de nuestro plan, le notificaremos si ha consultado con ese proveedor en los últimos tres años.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

- Si alguno de sus otros proveedores sale de nuestro plan, le notificaremos si está asignado al proveedor, si actualmente recibe cuidado de ellos o si lo ha visto en los últimos tres meses.
- *Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor acreditado dentro de la red para continuar manejando sus necesidades de cuidado de la salud.*
- *Si actualmente está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a preguntar, y trabajaremos con usted para asegurarnos, que continúe con el tratamiento o terapias necesarias por razones médicas que está recibiendo.*
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de afiliación disponibles para usted y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- *Si no podemos encontrar un especialista acreditado de la red asequible para usted, debemos organizar un especialista fuera de la red para brindarle cuidado cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas*

Si se entera que alguno de sus proveedores abandonará nuestro plan, por favor comuníquese con nosotros, para poder ayudarle a encontrar un proveedor nuevo y administrar su cuidado. Llame al 1-800-787-3311 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita.

D4. Cómo obtener cuidado de proveedores fuera de la red

Su proveedor de cuidado primario de la red deberá dar su aprobación para que usted pueda utilizar los servicios de proveedores no incluidos en la red del plan. Esto se llama dar un “referido”. Si desea más información sobre esta y otras situaciones en que puede ver a un proveedor fuera de la red sin un referido (como en una emergencia), consulte la página 31 de este capítulo. Si no tiene un referido (aprobación por adelantado) antes de obtener los servicios de un proveedor fuera de la red, es posible que deba pagar dichos servicios como desembolso personal.

Para algunos tipos de servicios, es posible que su médico deba pedir la aprobación por adelantado de nuestro plan (lo que se llama obtener “autorización previa”). Consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre los servicios que requieren autorización previa.

Si visita a un proveedor fuera de la red, él o ella deberá ser elegible para participar en Medicare y/o Medicaid.

- No podemos pagar a proveedores que no sean elegibles para participar en Medicare y/o Medicaid.
- Si visita a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted deberá pagar el costo total de los servicios que reciba.
- Los proveedores deberán avisarle si no son elegibles para participar en Medicare.
- Un proveedor debe estar inscrito como Proveedor de Medicaid de Illinois, para que le paguen cualquier servicio de Medicaid prestado a usted.

E. Cómo recibir servicios y respaldos a largo plazo (LTSS)

Como afiliado de Humana Gold Plus Integrated, puede recibir servicios en un centro de enfermería o puede ser elegible para una exención que le permita recibir servicios basados en la comunidad y el hogar (HCBS, por sus siglas en inglés).

Los servicios y respaldos a largo plazo brindan ayuda para personas que necesitan asistencia para resolver las



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

tareas cotidianas, como bañarse, vestirse, cocinar y tomar medicamentos. La mayoría de estos servicios se proporcionan en el hogar o en la comunidad, pero se pueden suministrar también en un centro de enfermería.

Puede elegir de qué proveedor o agencia desea recibir sus servicios y respaldos a largo plazo. Su coordinador de cuidado de Humana Gold Plus Integrated examinará con usted una lista de agencias aprobadas para suministrar cuidado en su área de servicio.

Si tiene preguntas, puede llamarnos al 1-800-787-3311 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita.

F. Cómo obtener servicios para la salud del comportamiento

El personal del Departamento de Atención al Cliente puede contestar sus preguntas sobre los servicios para la salud del comportamiento y buscar con usted un proveedor que le ayude a sentirse mejor.

Para obtener información sobre los servicios para la salud del comportamiento, llame al Departamento de Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. Visite **MyHumana.com** para tener acceso las 24 horas a información como la historia de reclamaciones, la elegibilidad y la lista de medicamentos de Humana. Allí también puede utilizar el buscador de médicos y obtener noticias e información de salud.

G. Cómo obtener cuidados autodirigidos

Dependiendo de su elegibilidad para recibir servicios y respaldos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés), es posible que pueda seleccionar el servicio de Ayudante personal. Este servicio le permitirá elegir la persona que le proporcionará servicios de cuidado personal. Si reúne los requisitos, su coordinador de cuidado puede ayudar con la inscripción para cuidados autodirigidos.

Si contrata un asistente personal, es su responsabilidad asegurar lo siguiente:

- Debe completar y presentar toda la documentación necesaria a la oficina local del Programa de Servicios en el Hogar (HSP, por sus siglas en inglés) antes de que el asistente personal comience a trabajar. Esto incluye la información del paquete del afiliado y del asistente personal.
- Debe seleccionar un asistente personal que tenga la capacidad física de realizar las tareas bajo la dirección de usted, y el asistente personal no debe tener una enfermedad que se vea agravada por los requisitos del trabajo.
- Debe proporcionar una copia de su plan de servicios de Humana Gold Plus Integrated a su asistente personal y revisarla juntos, para que el asistente comprenda sus necesidades y horarios aprobados.
- Debe revisar la planilla de horarios con su asistente personal para verificar la precisión de toda la información antes de entregarla, y solo aprobar para el pago las horas realmente trabajadas por el asistente personal.
- Las planillas de horarios no se pueden firmar por anticipado ni entregar antes del último día trabajado de un período de facturación.
- Complete el formulario de último día de empleo del asistente personal (que encontrará en el paquete de usted) y envíelo a la oficina del Programa de Servicios en el Hogar cuando termine el empleo de un asistente personal.
- Notifique a la oficina del Programa de Servicios en el Hogar antes de que transcurran 24 horas de un incidente que cause una lesión al asistente personal durante el trabajo.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated**.

- Complete el formulario de Informe de lesión a un proveedor (que encontrará en su paquete) y envíelo por correo o por fax a la oficina del Programa de Servicios en el Hogar dentro de las 24 horas después de informar el incidente.

G1. Qué son los cuidados autodirigidos

Los cuidados autodirigidos le permiten a usted y/o a su familia el derecho de crear un plan de cuidado que se ajuste a sus deseos. Su coordinador de cuidado le puede prestar ayuda.

G2. Quién puede obtener cuidados autodirigidos

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

G3. Cómo obtener ayuda para contratar proveedores de cuidado personal

Su coordinador de cuidado puede decirle cómo contratar a un proveedor de cuidado personal.

H. Cómo obtener servicios de transporte

- Para obtener servicios de transporte en caso de emergencia, llame al 911.
- Si necesita transporte para llegar a una cita de cuidado de la salud que no es una emergencia, llame al 1-855-253-6867 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. Esta llamada es gratuita.

I. Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o requiere cuidado que se necesita con urgencia o durante un desastre

I1. Cuidado cuando tiene una emergencia médica

Definición de emergencia médica

Una emergencia médica es una enfermedad con síntomas tales como dolor agudo o lesiones graves. La enfermedad es tan grave que, si no recibe cuidado de la salud inmediato, usted o cualquier otra persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar como resultado:

- riesgo grave para su salud o la del feto; **o**
- daños graves a las funciones del cuerpo; **o**
- disfunción grave en cualquier órgano o parte del cuerpo; **o**
- en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando:
 - no hay tiempo suficiente para transferirle a usted sin riesgo a la paciente a otro hospital antes del parto;
 - el traslado a otro hospital puede suponer una amenaza para su salud o seguridad o la del feto.

Qué debe hacer si tiene una emergencia médica

Si tiene una emergencia médica:

- **Pida ayuda lo más pronto posible.** Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias o al hospital más



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

cercano. Llame para pedir una ambulancia, si la necesita. No necesita obtener primero la aprobación o referido de su PCP.

- **Asegúrese de informar a nuestro plan sobre su emergencia lo antes que pueda.** Tenemos que hacer el seguimiento a su cuidado médico en casos de emergencia. Usted u otra persona deberá llamar para avisarnos de su cuidado médico en casos de emergencia, por lo general, a más tardar en 48 horas. Pero no tendrá que pagar por servicios en casos de emergencia por haberse retrasado en avisarnos. Llame al Departamento de Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Medicare y Medicaid no proporcionan cobertura de cuidado médico en casos de emergencia médica fuera de los Estados Unidos de América y sus territorios.

Si necesita una ambulancia para ir a la sala de emergencias, nuestro plan la cubrirá. También cubriremos los servicios médicos durante la emergencia. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección C, página 44.

Los proveedores que proporcionan cuidado médico en casos de emergencia deciden cuándo su afección es estable y cuándo la emergencia médica ha terminado. Continuarán brindándole tratamiento y se comunicarán con nosotros para hacer planes si necesita cuidado de seguimiento para mejorarse.

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

Qué debe hacer si tiene una emergencia de salud del comportamiento

Si tiene una emergencia de salud conductual:

- Si tiene una emergencia con riesgo de vida o una emergencia que supone riesgos para la vida de otras personas o propiedades, llame al 911 o vaya directamente a la sala de emergencias más cercana. No necesita obtener primero la aprobación o referido de su PCP.
- Si tiene una crisis de salud del comportamiento, puede obtener ayuda llamando a la Línea directa gratuita para crisis al 1-855-371-9234 (TTY 711). Profesionales de salud mental calificados estarán a su disposición las 24 horas del día, los 7 días de la semana para contestar sus preguntas, evaluar su salud mental y coordinar los servicios que resulten necesarios.
- Asegúrese de informar a nuestro plan sobre su emergencia lo antes que pueda. Tenemos que hacer el seguimiento a su cuidado médico en casos de emergencia. Usted u otra persona deberá llamar para avisarnos de su cuidado médico en casos de emergencia, por lo general, a más tardar en 48 horas. Pero no tendrá que pagar por servicios en casos de emergencia por haberse retrasado en avisarnos. Llame al Departamento de Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita.

Medicare y Medicaid no brindan cobertura para el cuidado de la salud conductual de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Podrá obtener cuidado médico en casos de emergencia cubierto siempre que lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios.

Si necesita una ambulancia para ir a la sala de emergencias, nuestro plan la cubrirá. Para obtener más



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

información, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección C, página 44.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le den cuidado médico en casos de emergencia. Esos médicos nos avisarán cuando su emergencia de salud del comportamiento haya terminado.

El cuidado posterior a la estabilización es el cuidado que recibe después de los servicios para la salud del comportamiento por emergencia médica. Le ayuda a mantener, mejorar o eliminar su cuestión de salud. No importa si recibe cuidado médico en casos de emergencia dentro o fuera de nuestra red. Esos servicios se pueden proporcionar en un hospital o en un consultorio. Cubriremos los servicios necesarios para asegurar que usted esté estable después de una emergencia. Debe recibir cuidado hasta que su afección se estabilice.

Qué pasa si obtuvo cuidado médico en casos de emergencia cuando no era una emergencia

A veces puede ser difícil saber si se tiene una emergencia médica o de salud del comportamiento. Usted podría pedir cuidado médico en casos de emergencia, pero el médico podría decir que realmente no era una emergencia médica. Si es razonable que usted haya creído que su salud corría un riesgo grave, cubriremos su cuidado.

No obstante, después de que el médico diga que no era una emergencia, cubriremos su cuidado adicional, *solo si*:

- visita a un proveedor de la red, **o**
- el cuidado que reciba es considerado “cuidado que se necesita con urgencia” y usted sigue las reglas para obtener ese cuidado. (Consulte la siguiente sección).

I2. Cuidado que se necesita con urgencia

Definición de cuidado que se necesita con urgencia

El cuidado que se necesita con urgencia es la que se recibe por una situación que no es una emergencia pero que necesita cuidado inmediato. Por ejemplo, es posible que tenga un brote de una afección existente o un dolor de garganta intenso que ocurra durante el fin de semana y necesite tratamiento.

Cuidado que se necesita con urgencia si se encuentre dentro del área de servicio del plan

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

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

Sin embargo, si no es posible o razonable llegar a un proveedor de la red, cubriremos el cuidado que necesita con urgencia de un proveedor fuera de la red.

Si tiene una crisis de salud mental, puede obtener ayuda llamando a la Línea directa gratuita para crisis al 1-855-371-9234 (TTY 711). Profesionales de salud mental calificados estarán a su disposición las 24 horas del día, los 7 días de la semana para contestar sus preguntas, evaluar su salud mental y coordinar los servicios que resulten necesarios.

Si cree que necesita cuidado de urgencia, puede:

1. Llamar a su proveedor de cuidado primario para pedir consejo. Puede llamar a su proveedor de



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

cuidado primario o a un médico de respaldo las 24 horas del día, los siete días de la semana.

O

2. Llame a nuestra línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas al 1-800-622-9529 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

O

3. Vaya a un centro de cuidado de urgencia participante. Puede encontrar una lista en el *Directorio de proveedores y farmacias*. O puede encontrarlos en nuestro sitio web en **Humana.com/IllinoisGoldPlus2024Directories**. Después de recibir cuidado médico en casos de emergencia, siempre llame a su proveedor de cuidado primario para programar el cuidado de seguimiento.

Cuidado que se necesita con urgencia si se encuentra fuera del área de servicio del plan

Cuando está fuera del área de servicio del plan, podría no ser posible que obtenga cuidado de proveedores de la red. En ese caso, nuestro plan cubrirá el cuidado que se necesita con urgencia que usted reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre el cuidado que se necesita con urgencia ni ningún otro cuidado que usted reciba fuera de los Estados Unidos.

I3. Cuidado durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted tiene derecho a recibir cuidado de Humana Gold Plus Integrated.

Visite nuestro sitio web para encontrar información sobre cómo obtener el cuidado necesario durante un desastre declarado: **Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated**.

Durante un desastre declarado, si no puede usar un proveedor de la red, permitiremos que reciba cuidado de proveedores fuera de la red sin costo para usted. Si no puede usar 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 hacer si le cobran directamente los servicios cubiertos por nuestro plan

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

No debe pagar la factura usted mismo. Si la paga, es posible que el plan no pueda reembolsarle el pago.

Si ha pagado por los servicios cubiertos, o si ha recibido una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7, Sección A, página 114 para saber qué hacer.

J1. Qué hacer si un servicio no está cubierto por nuestro plan



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated**.

Humana Gold Plus Integrated cubre todos aquellos servicios que:

- sean necesarios por razones médicas, **y**
- aparezcan en la Tabla de beneficios del plan (lea el Capítulo 4, Sección C, página 44), **y**
- que usted reciba siguiendo las reglas del plan.

Si obtiene servicios que no tienen cobertura de nuestro plan, **tendrá que pagar el costo total usted mismo.**

Si quiere saber si pagaremos por algún servicio o cuidado médico, usted tiene derecho a preguntarnos. Si decidimos que no pagaremos por esos servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

En el Capítulo 9, Sección E, página 135, se explica qué debe hacer si desea que el plan cubra un artículo o servicio médico. También le informa cómo apelar una decisión de cobertura del plan. También puede llamar al Departamento de Atención al Cliente para informarse sobre sus derechos de apelación.

Pagaremos algunos servicios hasta un cierto límite. Si se pasa del límite, usted tendrá que pagar el costo total para obtener más servicios de ese tipo. Llame al Departamento de Atención al Cliente para saber cuáles son los límites y si está cerca de alcanzarlos.

K. Cobertura de servicios de cuidado de salud cuando está participando en un estudio de investigación clínica

K1. Definición de estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (conocido también como *prueba clínica*) es una de las formas en que los médicos prueban nuevos tipos de cuidado de salud o medicamentos. Solicitan voluntarios que ayuden en el estudio. Este tipo de estudios ayuda a los médicos a decidir si una forma nueva de cuidado de salud o medicamento funciona y si son seguros.

Una vez que Medicare o nuestro plan apruebe un estudio en el que usted desea participar y exprese su interés, alguien que trabaje en el estudio se comunicará con usted. Esa persona le hablará del estudio y decidirá si usted es elegible para participar. Puede participar en el estudio si cumple con las condiciones necesarias. También debe entender y aceptar lo que debe hacer en el estudio.

Mientras participe en el estudio, usted seguirá inscrito en nuestro plan. De ese modo, podrá seguir obteniendo cuidado de nuestro plan sin relación al estudio.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita informarnos ni obtener la aprobación de nosotros o de su proveedor de cuidado primario. Los proveedores que le proporcionen cuidado de salud como parte del estudio *no* tienen que ser proveedores de la red. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que nuestro plan es responsable que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones de cobertura nacional (NCD, por sus siglas en inglés) y los ensayos de dispositivos de investigación (IDE) y pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

Le recomendamos que nos avise antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica. Si está pensando en participar en un estudio de investigación clínica, usted o su coordinador de cuidado deben comunicarse con Servicios para afiliados para informarnos que va a participar en un ensayo clínico.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

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

Si participa como voluntario en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no pagará por los servicios cubiertos por el estudio y Medicare pagará esos servicios cubiertos por el estudio, así como los costos de rutina asociados con su cuidado. Una vez que se registre en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tendrá cubiertos la mayoría de los artículos y servicios que obtenga como parte del estudio. Esto incluye:

- alojamiento y alimentación por una hospitalización que Medicare pagaría aunque usted no participara en un estudio;
- una operación u otro procedimiento médico que sea parte del estudio de investigación;
- el tratamiento de todos los efectos secundarios y de las complicaciones del nuevo cuidado.

Si participa en un estudio que Medicare **no ha aprobado**, usted tendrá que pagar cualquier costo de su participación en el estudio.

K3. Más información sobre estudios de investigación clínica

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica si lee “Medicare & Clinical Research Studies” 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. Cómo se cubren sus servicios de cuidado cuando usted recibe cuidado en una institución religiosa no médica de cuidado de la salud

L1. Definición de institución religiosa no médica de cuidado de la salud

Una institución religiosa no médica de cuidado de la salud es un lugar que proporciona cuidado que normalmente obtendría en un hospital o institución de enfermería especializada. Si recibir cuidado en un hospital o institución de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, entonces cubriremos el cuidado en una institución religiosa no médica de cuidado de la salud.

Este beneficio solamente es para servicios como pacientes internados de la Parte A de Medicare (servicios de cuidado de salud no médicos).

L2. Cómo obtener ayuda de una institución religiosa no médica de cuidado de la salud

Para recibir atención de una institución religiosa no médica de cuidado de la salud, debe firmar un documento legal que diga que está en contra de recibir tratamiento médico “no excluido”.

- Tratamiento médico “no excluido” es cualquier cuidado *voluntario* y *no exigido* por la ley federal, estatal o local.
- Tratamiento médico “excluido” es todo cuidado que *no* sea voluntario y que *sea exigido* de conformidad con la ley federal, estatal o local.

Para que nuestro plan cubra el cuidado que reciba de una institución religiosa no médica de cuidado de la salud, dicho cuidado debe cumplir las siguientes condiciones:

- La institución que proporcione el cuidado debe estar certificada por Medicare.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

- Los servicios cubiertos por nuestro plan se limitan a aspectos *no religiosos* del cuidado de salud.
- Si recibe servicios de esta institución y son proporcionados en sus instalaciones, se aplicará lo siguiente:
 - Debe tener una afección médica que le permita obtener servicios cubiertos para recibir cuidado de hospitalización en un hospital o en un centro de cuidado de enfermería especializada.
 - Debe obtener la aprobación de nuestro plan, antes de ser internado en la institución o su estadía no se cubrirá.

Tendrá cobertura durante una cantidad ilimitada de días de internación hospitalaria necesario por razones médicas. Consulte el Capítulo 4, Sección C, página 44 (Tabla de beneficios médicos) para obtener más información.

M. Equipo médico duradero (DME)

M1. Equipo médico duradero como afiliado de nuestro plan

Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) se refiere a ciertos artículos pedidos por un proveedor para que usted use en su casa. Algunos ejemplos de estos artículos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de camas eléctricas, suministros para diabéticos, camas de hospital pedidas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación de voz, equipos y suministros, nebulizadores y andadores.

Usted siempre será dueño de ciertos elementos, por ejemplo las prótesis.

En esta sección, hablamos sobre los equipos médicos duraderos que usted debe alquilar. Como afiliado de Humana Gold Plus Integrated, el equipo alquilado no pasará a ser de su propiedad, independientemente el tiempo que lo alquile.

Incluso si tuvo equipo médico duradero por 12 meses consecutivos con Medicare antes de inscribirse en nuestro plan, el equipo no pasará a ser de su propiedad.

M2. Propiedad del equipo médico duradero cuando cambia a Medicare Original o Medicare Advantage

En el programa Medicare original, las personas que alquilan ciertos tipos de equipos médicos duraderos se vuelven propietarios después de 13 meses. En el programa Medicare Advantage, el plan puede establecer el número de meses que las personas deben alquilar ciertos tipos de equipos médicos duraderos antes de que el equipo pase a ser de su propiedad.

NOTA: Puede encontrar definiciones de Medicare Original y Medicare Advantage en el Capítulo 12. También puede encontrar más información sobre ellos en el *Manual Medicare y usted 2024*. Si usted no tiene una copia de este folleto, puede obtener una en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando 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.

Tendrá que hacer 13 pagos continuos conforme a Medicare Original o tendrá que hacer el número de pagos consecutivos establecido por el plan de Medicare Advantage, para poder ser propietario del equipo médico duradero si:

- no se convirtió en propietario del artículo de equipo médico duradero mientras estuvo en nuestro plan **y**
- se retira de nuestro plan y obtiene sus beneficios de Medicare en Medicare Original en lugar de un plan de salud.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Si hizo pagos por el equipo médico duradero bajo Medicare Original o un plan de Medicare Advantage antes de inscribirse en nuestro plan, **los pagos hechos a Medicare Original o el plan de Medicare Advantage no contarán para los 13 pagos que necesita hacer después de retirarse de nuestro plan.**

- Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos bajo Medicare Original o el número de nuevos pagos consecutivos establecido por el plan de Medicare Advantage para que el equipo médico duradero pase a ser de su propiedad.
- No hay excepciones a este caso si usted vuelve a un plan de Medicare original o Medicare Advantage.

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

Si es elegible para el equipo de oxígeno cubierto por Medicare y es afiliado de nuestro plan, cubriremos lo siguiente:

- Alquiler del equipo de oxígeno
- Entrega y recarga de oxígeno
- Tubos y accesorios relacionados para la entrega y recarga de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno
- El equipo de oxígeno debe devolverse cuando ya no le sea médicamente necesario o si abandona nuestro plan.

M4. Equipo de oxígeno cuando cambia a Medicare original o Medicare Advantage

Cuando el equipo de oxígeno es necesario por razones médicas y usted se da de baja de nuestro plan y cambia a Medicare Original, lo alquilará a un proveedor durante 36 meses. Los pagos de alquiler mensuales cubren el equipo de oxígeno y los suministros y servicios enumerados anteriormente. Si el equipo de oxígeno sigue siendo necesario por razones médicas una vez que finaliza el período de alquiler de 36 meses:

- Su proveedor debe proporcionarle el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios durante 24 meses más.
- Su proveedor debe proporcionarle el equipo de oxígeno y los suministros durante un plazo máximo de 5 años si es necesario por razones médicas.

Si el equipo de oxígeno sigue siendo necesario por razones médicas una vez que finaliza el período de 5 años:

- Su proveedor ya no tiene la obligación de proporcionárselo y usted puede optar por solicitar un equipo de reemplazo a cualquier otro proveedor.
- Comienza un nuevo período de 5 años.
- Lo alquilará a un proveedor durante 36 meses.
- Su proveedor debe proporcionarle entonces el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios durante 24 meses más.
- Cada 5 años comienza un nuevo ciclo, siempre y cuando el equipo de oxígeno sea necesario por razones médicas.

Cuando el equipo de oxígeno es necesario por razones médicas y usted se da de baja de nuestro plan y cambia a Medicare Advantage, el plan cubrirá, como mínimo, lo que cubre Medicare Original. Puede consultar en su plan Medicare Advantage qué equipo de oxígeno y suministros cubre, y cuáles serán los costos.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

Este capítulo le informa sobre los servicios que cubre Humana Gold Plus Integrated y cualquier restricción o límite en esos servicios. También le informa sobre los beneficios no cubiertos bajo nuestro plan. Los términos claves y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del afiliado*.

Índice

A. Sus servicios cubiertos	43
A1. Durante emergencias de salud pública.....	43
B. Reglas contra proveedores cobrándole por sus servicios	44
C. La tabla de beneficios de nuestro plan.....	44
D. La tabla de beneficios	47
E. Beneficios cubiertos fuera de Humana Gold Plus Integrated	89
E1. Cuidado de hospicio	89
F. Beneficios no cubiertos por Humana Gold Plus Integrated, Medicare o Medicaid.....	90

A. Sus servicios cubiertos

En este capítulo le informa qué servicios cubre Humana Gold Plus Integrated. También sabrá qué servicios no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos está en el Capítulo 5, Sección B, página 97. En este capítulo también se explican los límites que tienen algunos servicios.

Debido a que usted recibe asistencia de Medicaid, no deberá pagar por sus servicios cubiertos, siempre y cuando cumpla con las reglas del plan. Consulte el Capítulo 3, Sección B, página 26 para obtener los detalles sobre las normas del plan.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame al coordinador de cuidado y/o al Departamento de Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita.

A1. Durante emergencias de salud pública

Si el gobernador de su estado, el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted tiene derecho a recibir cuidado de Humana Gold Plus Integrated.

Visite nuestro sitio web para encontrar información sobre cómo obtener el cuidado necesario durante un desastre declarado: **Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated**.

Durante un desastre declarado, si no puede usar un proveedor de la red, permitiremos que reciba cuidado de proveedores fuera de la red sin costo para usted. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated**.

declarado, podrá surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información.

B. Reglas contra proveedores cobrándole por sus servicios

No permitimos que los proveedores de Humana Gold Plus Integrated le facturen por los servicios cubiertos. Pagamos a nuestros proveedores directamente y evitamos que usted tenga que pagar facturas. Esto se cumple incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio.

No debería recibir nunca una factura de un proveedor por servicios cubiertos. Si lo hace, consulte el Capítulo 7, Sección A, página 114 o llame al Departamento de Atención al Cliente.

C. La tabla de beneficios de nuestro plan

La Tabla de beneficios en la Sección D le indica los servicios que paga el plan. Muestra categorías de servicios por orden alfabético y explica los servicios cubiertos. Esta tabla está dividida en dos secciones; los Servicios generales que se ofrecen a todos los afiliados y los Servicios en el hogar y la comunidad ofrecidos a los afiliados elegibles a través de un programa de exenciones para recibir servicios en el hogar y la comunidad.

Pagaremos por los servicios indicados en la Tabla de beneficios solamente cuando se cumplan las siguientes reglas.

No pagará nada por los servicios indicados en la Tabla de beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura que se explican a continuación.

- Sus servicios cubiertos de Medicare y Medicaid deben ser proporcionados de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y Medicaid.
- Los servicios (incluyendo cuidado médico, servicios, suministros, equipo y medicamentos) deben ser necesario por razones médicas. necesario por razones médicas significa servicios que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar su condición médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidado que evita que usted vaya a un hospital o a un hogar de ancianos. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen los estándares aceptados de prácticas médicas o de otro modo son necesarios según las reglas de cobertura actuales de Medicare o Medicaid de Illinois.
- Recibe su cuidado de salud de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. En la mayoría de los casos, el plan no cubrirá el cuidado que reciba de un proveedor fuera de la red. En el Capítulo 3, Sección D, página 28 encontrará más información sobre cómo usar los proveedores dentro y fuera de la red.
- Tiene un proveedor de cuidado primario (PCP) o un equipo de cuidado que le proporciona y está a cargo del cuidado de su salud. En casi todos los casos, su proveedor de cuidado primario deberá darle una aprobación antes que usted pueda ir a ver a alguien que no sea su PCP o usar a otros proveedores en la red del plan. Esto se llama referido. En el Capítulo 3, Sección D, página 28 encontrará más información sobre cómo obtener un referido y las situaciones en las que no necesita un referido.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

- Algunos de los servicios indicados en la Tabla de beneficios serán cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red reciben primero nuestra aprobación. Esto se llama *autorización previa* (PA). Los servicios cubiertos que necesitan una autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios con un asterisco (*). Además, debe obtener AP para los siguientes servicios que no se enumeran en la Tabla de beneficios:

Pruebas de diagnóstico y cardíacas

Biopsia de cáncer de mama (por escisión)

Endoscopia de cápsula

Cateterización cardíaca

Tomografía computarizada

EGD

Electrofisiología (EPS, por sus siglas en inglés) con o sin mapeo

Registrador implantable

Prueba de genética/diagnóstico molecular

Imágenes y angiogramas por resonancia magnética IRM/ARM

Imágenes de perfusión miocárdica

Pruebas de esfuerzo nuclear

Ecocardiograma transtorácico (TTE, por sus siglas en inglés) para pacientes ambulatorios

Tomografía por emisión de positrones (examen PET, por sus siglas en inglés)/registro nacional de PET de oncología (NOPR, por sus siglas en inglés)

Tomografía computarizada por 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 en articulaciones facetarias

Implantes de bomba para manejo del dolor

Estimuladores de la médula espinal

Cirugías de la médula espinal: fusión espinal, descompresión, cifoplastia y vertebroplastia

Cirugías/procedimientos

Abdominoplastia

Ablación: cardíaca, huesos, hígado, riñones y próstata

Artroscopia: cadera, rodilla y hombro

Blefaroplastia

Procedimientos de mama (excepto reconstrucción de mama después de mastectomías necesarias por razones médicas por cáncer de mama)

Descompresión del nervio periférico (túnel carpiano)

Cirugía de pies: bunionectomía y dedo en martillo

Biopsia y resección de pulmón

Angioplastia coronaria/procedimientos de stent para pacientes ambulatorios

Cirugía para obesidad

Oral, ortognático, otoplastia



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Implante peneano
Revascularización periférica (artrectomía/angioplastia)
Cirugía para apnea obstructiva del sueño
Procedimientos quirúrgicos endoscópicos nasales/senos y endoscopias con dilatación ostial de los senos con balón
Cirugías de la articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés)
Cirugías de la válvula transcatéter (TMVR/TAVR, TAVI y MitraClip)
Cirugías de la tiroides
Cirugías de trasplante
Venas varicosas: tratamiento quirúrgico y escleroterapia

Otros servicios

Estimuladores de crecimiento óseo
Agentes de quimioterapia y medicamentos de soporte y medicamentos para el manejo de los síntomas
Terapia de células T de receptor de antígeno quimérico (Car-T)
Implantes auditivos del tronco encefálico y cocleares
Dispositivos cardíacos portátiles
Estimulación magnética transcraniana (servicio MH/SUD)
Regulación gástrica*
Chalecos de compresión torácica de alta frecuencia
Infusión en el hogar/cuidado en el hogar
Terapia hiperbárica
Estimuladores neuromusculares
Ventiladores no invasivos para el hogar
Órtesis y prótesis
Radioterapia

Todos los cuidados preventivos son gratuitos. Encontrará esta manzana  al lado de los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.




Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

D. La tabla de beneficios

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</p> <p>Hasta 20 consultas por año bajo las siguientes circunstancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para los fines de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define como: • Dolor que perdura 12 semanas o más; • No específico, ya que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con ninguna enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • No está asociado con cirugías, y • No está asociado con el embarazo. <p>Su plan permite servicios recibidos de un proveedor certificado para realizar acupuntura o proveedores que cumplen con los requisitos de los proveedores de Medicare original.</p> <p>Es posible que se apliquen requisitos de autorización previa.</p>	<p>Copago de \$0</p>
<p>Agencias de cuidado de la salud en el hogar</p> <p>Para poder recibir servicios de la cuidado de la salud en el hogar, un médico deberá informarnos que usted necesita dichos servicios y que deben ser proporcionados por una agencia de cuidado de la salud en el hogar.</p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios y, posiblemente, otros servicios que no han sido incluidos aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios de enfermería especializada a tiempo parcial o esporádicos. (Para estar cubiertos por los beneficios de cuidado de la salud en el hogar, servicios de enfermería especializada y asistente de cuidado de la salud en el hogar, no deben sumar juntos más de 8 horas por día y 35 horas por semana); • terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla; • servicios sociales y médicos; • equipo y suministros médicos. 	<p>Copago de \$0</p> <p>* Puede requerir autorización previa.</p>




Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco</p> <p>Si usa tabaco pero no tiene señales o síntomas de tener una enfermedad relacionada con el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El plan le cubrirá dos sesiones de asesoramiento en un período de 12 meses para intentar dejar de fumar como un servicio preventivo. Este servicio es gratuito. Cada instancia de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas en persona. <p>Si usa tabaco y se le ha diagnosticado alguna enfermedad relacionada con el uso del tabaco o está tomando medicamentos que pudieran ser afectados por el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El plan le cubrirá dos sesiones de asesoramiento en un período de 12 meses para intentar dejar de consumir tabaco. Cada instancia de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas en persona. <p>Si usa tabaco y está embarazada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El plan le cubrirá tres sesiones de asesoramiento en un período de 12 meses para intentar dejar de usar tabaco. Este servicio es gratuito. Cada instancia de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas en persona. <p>Tiene cobertura para un beneficio adicional por dejar de fumar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si usa tabaco, el plan le cubrirá un total de siete sesiones de asesoramiento en un período de 12 meses para intentar dejar de usar tabaco. Cada instancia de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas en persona. 	<p>Copago de \$0</p> <p>*Es posible que requiera ser referido</p>





Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Capacitación, servicios y suministros de automanejo de la diabetes</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios para todas las personas que tengan diabetes o prediabetes (incluso si no usan insulina):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para vigilar la glucosa en sangre, incluyendo lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> – Un monitor de glucosa en sangre – Tiras de prueba para la glucosa en sangre – Dispositivos para lancetas y lancetas – Soluciones de control de glucosa para comprobar la exactitud de las tiras de prueba y monitores • Estas son las únicas marcas cubiertas de monitores y tiras reactivas para la glucosa en sangre: ACCU-CHEK® fabricados por Roche o Trividia, productos empacados algunas veces con el nombre de su farmacia. • Humana cubre cualquier monitor y tiras reactivas de glucosa en sangre que se especifiquen en la lista de marcas preferidas mencionada anteriormente. Por lo general, los productos de marca no preferidos alternativos no están cubiertos, a menos que su médico proporcione la información adecuada indicando que el uso de una marca alternativa es necesario por razones médicas en su situación específica. Si es nuevo en Humana y está usando una marca de monitor de glucosa en sangre y tiras reactivas que no están en la lista de marcas preferidas, puede comunicarse con nosotros dentro de los primeros 90 días de inscripción en el plan para solicitar un suministro temporal de la marca alternativa no preferida. Durante este período, debe hablar con su médico para decidir si alguna de las marcas de productos preferidos mencionadas anteriormente es médicamente adecuada para usted. Los productos de marca no preferidos no estarán cubiertos después de los 90 días de cobertura iniciales sin una autorización previa aprobada para una excepción a la cobertura. • Para las personas con diabetes con casos graves de pie diabético, el plan cubrirá lo siguiente: <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>* Puede requerir autorización previa.</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Capacitación, servicios y suministros de automanejo de la diabetes (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Un par de zapatos terapéuticos hechos a la medida (incluidas las plantillas) y dos pares adicionales de plantillas por año calendario, o – Un par de zapatos de profundidad (hondos) y tres pares de plantillas por año (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas que se proporcionan con dichos zapatos). <p>El plan también cubrirá la adaptación de zapatos terapéuticos hechos a medida o profundos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En algunos casos, el plan cubrirá la capacitación para ayudarlo a manejar su diabetes. 	<p>Copago de \$0</p> <p>* Puede requerir autorización previa.</p>
<p>Cirugías como paciente externo</p> <p>El plan cubrirá cirugías como paciente externo y servicios en instituciones para pacientes ambulatorios de un hospital y en centros quirúrgicos ambulatorios.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>* Puede requerir autorización previa y/o referido.</p>
<p> Consulta para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades del corazón)</p> <p>El plan cubre una visita al año a su proveedor de cuidado primario para ayudarlo a reducir el riesgo de enfermedades del corazón. Durante esta visita, su médico puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hablar sobre el uso de aspirinas, • controlar su presión arterial, o • darle consejos para asegurarse de que se está comiendo bien. 	<p>Copago de \$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado de hospicio</p> <p>Tiene derecho a elegir hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que usted tiene un pronóstico médico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal y se espera que tenga seis meses o menos de vida. Puede obtener cuidado de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. El plan debe ayudarle a encontrar un programa de hospicio certificado por Medicare. El plan debe ayudarle a encontrar un programa de hospicio certificado por Medicare. Su médico de hospicio puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>El plan cubrirá lo siguiente mientras usted recibe servicios en hospicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos para tratar los síntomas y el dolor • cuidado de relevo a corto plazo • cuidado en el hogar, incluidos los servicios de asistente de cuidado de salud en el hogar • servicios de terapia ocupacional, física y del habla para controlar los síntomas • servicios de asesoramiento <p>Los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare son facturados a Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulte la Sección F de este capítulo para obtener más información. <p>Para los servicios cubiertos por Humana Gold Plus Integrated, pero no cubiertos por la Parte A o B de Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Humana Gold Plus Integrated pagará los servicios cubiertos por el plan, que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare. El plan cubrirá los servicios, incluso si no se relacionan con su pronóstico médico terminal. Usted no debe pagar nada por estos servicios. <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>Copago de \$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado de hospicio (continuación) Para los medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de Humana Gold Plus Integrated:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos nunca están cubiertos por hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección F, página 104. <p>Nota: Si necesita cuidado que no sea de hospicio, debe llamar a su coordinador de cuidado para pedir ese servicio. El cuidado que no es de hospicio es el que no está relacionado con su pronóstico médico terminal. Para hablar con un coordinador de cuidado, llame al Departamento de Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita.</p>	



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado de hospitalización</p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios y, posiblemente, otros servicios que no han sido incluidos aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • habitación semiprivada (o habitación privada si es necesario por razones médicas); • comidas, incluyendo dietas especiales; • servicios de enfermería regulares; • costos de unidades de cuidado especial como cuidado intensivo o unidades de cuidado coronario; • medicamentos; • pruebas de laboratorio; • radiografías y otros servicios de radiología; • suministros médicos y quirúrgicos que sean necesarios; • aparatos, como sillas de ruedas; • servicios de sala de operaciones y de recuperación; • terapia física, ocupacional y del habla; • servicios de cuidado de hospitalización por abuso de sustancias; • análisis de sangre, incluyendo su almacenamiento, componentes de la sangre y administración de los mismos; • servicios médicos. <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Deberá obtener aprobación del plan para seguir recibiendo cuidado de hospitalización en un hospital fuera de la red, una vez que su emergencia esté bajo control.</p> <p>*Se requiere autorización previa</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado de hospitalización (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • En algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre, y de órganos intestinales/multiviscerales. <p>Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para que se le haga un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, usted podrá obtener estos servicios de trasplante localmente o fuera del patrón de cuidado para su comunidad.</p> <p>Si Humana Gold Plus Integrated proporciona servicios de trasplante fuera del patrón de cuidado para su comunidad y usted elige recibir su trasplante allí, haremos los arreglos necesarios o pagaremos por el alojamiento y los costos de viaje para usted y otra persona.</p>	



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado de la vista</p> <p>El plan cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • exámenes de rutina anuales de la vista; <ul style="list-style-type: none"> ○ anteojos (lentes y monturas) ○ las monturas tienen un límite de un par en un período de 24 meses • lentes, con un límite de un par en un período de 24 meses, pero puede obtener más cuando sea necesario por razones médicas, con aprobación previa; • un ojo artificial hecho a la medida; • dispositivos para la visión baja; • lentes de contacto y lentes especiales, solo cuando sean necesarios por razones médicas y con aprobación previa. <p>Para ser elegible para recibir el reembolso, algunos servicios podrían estar sujetos a autorización previa y/o cumplir con ciertos criterios médicos.</p> <p>El plan cubrirá servicios de un médico para pacientes ambulatorios por el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo. Por ejemplo, esto incluye exámenes anuales de la vista para detectar retinopatías en personas con diabetes y el tratamiento de degeneración macular relacionada con la edad.</p> <p>Para las personas con un alto riesgo de tener glaucoma, el plan cubrirá un examen de glaucoma por año. Las personas con alto riesgo de tener glaucoma incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • personas con una historia familiar de glaucoma; • personas con diabetes; • personas afroamericanas mayores de 50 años y • personas hispanoamericanas mayores de 65 años. <p>El plan cubrirá un par de lentes o de lentes de contacto después de cada operación de cataratas cuando el doctor inserte una lente intraocular. (Si tiene dos cirugías de cataratas por separado, podrá recibir un par de lentes después de cada cirugía. No podrá recibir dos pares de lentes después de la segunda cirugía, incluso si no recibió un par de lentes después de la primera cirugía).</p>	<p>Copago de \$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>El plan cubrirá servicios de salud mental proporcionados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un psiquiatra o médico con licencia del estado; • un psicólogo clínico; • un trabajador social clínico; • una enfermera clínica especializada; • una enfermera con licencia; • un asistente médico; • un asesor clínico profesional autorizado; • un terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT); • centros comunitarios de salud mental (CMHC); • clínicas para la salud del comportamiento (BHC); • hospitales; • clínicas de evaluación como los centros de salud certificados por el gobierno federal (FQHC), o • cualquier otro profesional del cuidado de la salud mental certificado por Medicare según las leyes aplicables del estado. <p>El plan cubrirá los siguientes tipos de servicios de salud mental para pacientes ambulatorios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios clínicos proporcionados bajo la dirección de un médico; • servicios de rehabilitación recomendados por un médico o por un profesional de las artes curativas con licencia, como la planificación integrada de evaluación y tratamiento, intervención en caso de crisis, terapia y administración de casos; • servicios de tratamiento diarios; • servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, como los servicios de Opción Clínica Tipo A y B. <p>Los servicios específicos que cada tipo de proveedor en la lista anterior puede proporcionar y los controles de utilización de dichos servicios deberán ser determinados por el plan según las leyes federales y estatales y todas las políticas y/o acuerdos aplicables.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>* Puede requerir autorización previa y/o referido.</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado en un centro de enfermería (NF) y cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF)</p> <p>El plan cubrirá centros de enfermería especializada (SNF, por sus siglas e inglés) e instituciones de cuidado intermedio (ICF, por sus siglas en inglés). El plan pagará los siguientes servicios y otros que posiblemente no estén anotados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una habitación semiprivada o habitación privada si es médicamente necesaria, mantenimiento y limpieza; • comidas, incluyendo comidas especiales, sustitutos alimenticios y suplementos nutricionales; • servicios de enfermería y supervisión o vigilancia residencial; • servicios de un médico; • terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla; • medicamentos y otros disponibles a través de una farmacia y sin receta médica, ordenados por su médico como parte de su plan de cuidado, incluyendo medicamentos de venta sin receta y su administración; • equipo médico duradero sin adaptaciones personalizadas (como sillas de ruedas y andadores); • artículos de suministro médico y quirúrgico (como vendajes, suministros de administración de oxígeno, suministros y equipo para cuidado oral, un tanque de oxígeno por residente por mes); • servicios adicionales, proporcionados por una institución de enfermería, en cumplimiento de los requisitos del estado y federales. <p>Normalmente recibirá su cuidado de instituciones de la red. No obstante, posiblemente pueda recibir su cuidado de una institución fuera de la red. Puede obtener su cuidado de los siguientes lugares, si ellos aceptan las cantidades pagadas por nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un hogar para personas mayores o comunidad de jubilados con cuidado continuo, donde usted haya vivido anteriormente antes de ir al hospital (siempre y cuando proporcionen cuidado de hogar para personas mayores); • un centro de enfermería donde viva su cónyuge al momento de salir del hospital. 	<p>Copago de \$0</p> <p>* Puede requerir autorización previa y/o referido.</p> <p>Si su ingreso supera una cantidad permitida, usted deberá aportar para el costo de los servicios. Esto se conoce como cantidad de pago del paciente y se requiere si usted vive en un lugar con servicios de enfermería. Pero es posible que no tenga que pagar una cantidad de cada mes.</p> <p>La responsabilidad de pago del paciente no se aplica a los días cubiertos por Medicare en un centro de enfermería.</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado médico en casos de emergencia Cuidado médico en casos de emergencia significa servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ofrecidos por un proveedor capacitado para proporcionar servicios en casos de emergencia, y • necesarios para tratar una emergencia médica. <p>Una emergencia médica es un problema médico acompañado por un dolor severo o una lesión seria. Dicha condición es tan seria que si no recibe cuidado de la salud inmediato, cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina, podría esperar que cause:</p> <ul style="list-style-type: none"> • riesgo grave para su salud o la del feto; o • daño grave a las funciones del cuerpo; o • disfunción grave en cualquier órgano o parte del cuerpo; o • en el caso de una embarazada en trabajo de parto, cuando: <ul style="list-style-type: none"> ○ no hay tiempo suficiente para transferir sin riesgo a la paciente a otro hospital antes del parto. ○ el traslado a otro hospital puede suponer una amenaza para su salud o seguridad o la del feto. <p>El cuidado médico en casos de emergencia se limita a los Estados Unidos de América y sus territorios.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Si recibe cuidado médico en casos de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidado de hospitalización después que su emergencia ha sido estabilizada, deberá regresar a un hospital de la red para que continuemos pagando por su cuidado. Podrá seguir recibiendo cuidado de hospitalización en un hospital fuera de la red, solamente si el plan aprueba su estadía.</p>




Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado que se necesita con urgencia</p> <p>El cuidado que se necesita con urgencia es el cuidado para tratar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un caso que no es una emergencia; o • una enfermedad inesperada; o • una lesión, o • una enfermedad que necesite cuidado inmediato. <p>Si requiere cuidado que se necesita con urgencia, deberá tratar de obtenerlo primero de un proveedor de la red. Sin embargo, puede usar proveedores fuera de la red cuando no pueda acceder a un proveedor de red porque dadas sus 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 inmediatos necesarios por razones médicas para una afección invisible, pero no es una emergencia médica)</p> <p>Tendrá cobertura de cuidado que se necesita con urgencia dentro de los Estados Unidos y sus territorios.</p>	<p>Copago de \$0</p>
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Los dispositivos protésicos reemplazan la totalidad o una parte o función del cuerpo. El plan cubrirá los siguientes dispositivos protésicos y, posiblemente, otros servicios que no han sido incluidos aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de una colostomía; • marcapasos; • aparatos ortopédicos; • zapatos protésicos; • brazos y piernas artificiales; • prótesis de mama (incluye un sostén quirúrgico después de una mastectomía). <p>Además, el plan cubrirá algunos suministros relacionados con los dispositivos protésicos. El plan también cubrirá la reparación o el reemplazo de dispositivos protésicos.</p> <p>El plan ofrece cobertura parcial después de una cirugía de cataratas. Consulte “Cuidado de la vista” posteriormente en esta sección en la página 55 para obtener detalles.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>* Puede requerir autorización previa y/o referido.</p>







Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Equipo médico y suministros relacionados Los siguientes tipos de servicios generales y suministros están cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • suministros médicos no duraderos, como apósitos quirúrgicos, vendajes, jeringas desechables, suministros para la incontinencia, suministros de ostomía y para terapia de nutrición por sonda (enteral); • equipo médico duradero (DME), como sillas de ruedas, muletas, sistemas de camas eléctricas, suministros para diabéticos, andadores, camas hospitalarias pedidas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosas (IV), humidificadores, dispositivos generadores de voz y andadores (para una definición de “Equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12, página 188 y el Capítulo 3, Sección M de este manual); • dispositivos protésicos y ortésicos, medias de compresión, zapatos ortopédicos, soportes para el arco del pie y elementos para insertar en los zapatos; • equipos y suministros para la respiración, como equipo de oxígeno y equipo CPAP y BIPAP; • reparación de equipo médico duradero, dispositivos protésicos y ortésicos; • alquiler de equipo médico en los casos en que las necesidades de los pacientes sean temporales. <p>Para ser elegible para recibir el reembolso, algunos servicios podrían estar sujetos a autorización previa y/o cumplir con ciertos criterios médicos.</p> <p>Pagaremos por todo el equipo médico duradero necesario que Medicare y Medicaid generalmente pagan. Si el proveedor en su área no cuenta con una marca o un fabricante en particular, usted podría preguntar si podrían hacer un pedido especial para usted.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>* Puede requerir autorización previa.</p>
<p> Examen de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>El plan cubrirá una única vez una ecografía de detección para las personas en riesgo. El plan solo cubre este examen si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe un referido de su médico, asistente médico, enfermera practicante o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>Copago de \$0</p>




Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 Examen para detectar la depresión El plan cubre un examen para detectar la depresión cada año. El examen se debe hacer en un lugar de cuidado primario donde usted pueda recibir tratamiento de seguimiento y referidos.	Copago de \$0
 Exámenes de obesidad y terapia para bajar de peso Si su índice de masa corporal es de 30 o más, el plan cubrirá el asesoramiento para bajar de peso. Deberá obtener el asesoramiento en un lugar de cuidado primario. De esta manera, podrá ser controlado con su plan de prevención integral. Hable con su proveedor de cuidado primario para obtener más información.	Copago de \$0
 Exámenes de VIH El plan paga una prueba de detección del VIH cada 12 meses para las personas que: <ul style="list-style-type: none"> • solicitan una prueba de detección del VIH; o • tienen un mayor riesgo de infección por VIH. Para las mujeres embarazadas, el plan pagará hasta tres pruebas de evaluación del VIH durante el embarazo.	Copago de \$0
 Exámenes exploratorios para cáncer de próstata El plan cubrirá un examen de tacto rectal y una prueba de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés) cada doce meses para: <ul style="list-style-type: none"> • hombres mayores de 50 años • hombres afroamericanos mayores de 40 años • hombres mayores de 40 años de edad con historia familiar de cáncer de próstata 	Copago de \$0




Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Exámenes para controlar la diabetes</p> <p>El plan cubrirá este examen (incluyendo las pruebas de glucosa en ayunas), si usted tiene alguno de los factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial alta (hipertensión) • Historia de niveles de colesterol y de triglicéridos anormales (dislipidemia) • Obesidad • Historia de niveles altos de azúcar en la sangre (glucosa) <p>En algunos otros casos estas pruebas pueden estar cubiertas, por ejemplo, si usted tiene sobrepeso y si su familia tiene historia de diabetes.</p> <p>Dependiendo de los resultados de los exámenes, usted podría ser elegible para recibir hasta dos exámenes cada 12 meses para el control de la diabetes.</p>	<p>Copago de \$0</p>






Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Exámenes para detectar el cáncer colorrectal</p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene límite de edad mínima o máxima y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no están en alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no están en alto riesgo de cáncer colorrectal y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa o enema de bario. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no están en alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes mayores de 45 años. Una cada 12 meses. • ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes con alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>Copago de \$0</p>





Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Exámenes para detectar el cáncer colorrectal (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes sin alto riesgo y mayores de 45 años. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. • Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare dé un resultado positivo. <p>A partir del 1 de enero de 2023, las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare dé un resultado positivo.</p>	<p>Copago de \$0</p>
<p> Exámenes para detectar el cáncer de mama (mamografías)</p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial de referencia entre los 35 y los 39 años de edad • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años de edad • Exámenes clínicos de mama una vez cada 24 meses 	<p>Copago de \$0</p>
<p> Exámenes para detectar el cáncer del cuello del útero y vaginal</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 12 meses 	<p>Copago de \$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Exámenes para la detección de enfermedades cardiovasculares (del corazón)</p> <p>El plan cubre análisis de sangre cada cinco años (60 meses), para saber si usted tiene una enfermedad cardiovascular. Estos análisis de sangre también detectan defectos a causa de un alto riesgo de enfermedades del corazón. Otras pruebas adicionales podrían ser cubiertas si su proveedor de cuidado primario lo considera necesario por razones médicas.</p>	<p>Copago de \$0</p>
<p> Exámenes y asesoramiento para tratar infecciones de transmisión sexual (STI)</p> <p>El plan cubrirá pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para algunas personas que tienen mayor riesgo de tener una STI. Un proveedor de cuidado primario deberá ordenar las pruebas. Nosotros cubriremos estos exámenes una vez cada 12 meses o en ciertos casos durante el embarazo.</p> <p>El plan también cubrirá hasta dos sesiones intensivas de asesoramiento del comportamiento, en persona, una vez al año, para adultos activos sexualmente y con mayor riesgo de tener infecciones de transmisión sexual. Cada sesión podrá ser de 20 a 30 minutos de duración. El plan cubrirá estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo, solamente si son dadas por un proveedor de cuidado primario. Las sesiones deben ser en un centro de cuidado primario, como el consultorio de un médico.</p>	<p>Copago de \$0</p>
<p>Exámenes y asesoramiento por el abuso de alcohol</p> <p>El plan cubre un examen para establecer el abuso de alcohol en adultos que lo consumen pero que no son dependientes del alcohol. Esto incluye a las mujeres embarazadas.</p> <p>Si el resultado de su examen por abuso de alcohol es positivo, el plan cubrirá hasta cuatro sesiones de asesoramiento breves, en persona, una vez al año (si usted está en condiciones y alerta durante las sesiones) con un proveedor de cuidado primario calificado o un médico en un lugar de atención de cuidado primario.</p>	<p>Copago de \$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Hospitalización de paciente internado: Servicios cubiertos en un hospital o un centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización de paciente internado no cubierta</p> <p>Si su hospitalización de paciente internado como paciente internado no es razonable y necesaria, el plan no pagará por ella.</p> <p>Sin embargo, en algunos casos, el plan cubrirá los servicios que usted reciba mientras esté en el hospital o en un lugar con servicios de enfermería. El plan cubrirá los siguientes servicios y, posiblemente, otros servicios que no han sido incluidos aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios de un médico; • pruebas de diagnóstico, como pruebas de laboratorio; • radiografías, terapias con isótopos y radioterapia, incluidos los servicios del técnico y los materiales que utiliza; • apósitos quirúrgicos; • férulas, yesos y otros dispositivos usados para fracturas y dislocaciones; • prótesis y ortopedia, que no son dentales, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos; Estos son dispositivos que: <ul style="list-style-type: none"> ○ reemplazan la totalidad o parte de un órgano interno (incluyendo el tejido contiguo), ● ○ reemplazan el total o una parte de la función de un órgano interno del cuerpo que tiene una disfunción o que funciona mal. • aparatos ortopédicos para pierna, brazo, espalda y cuello, arzones y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a ruptura, desgaste, pérdida o un cambio en el estado del paciente; • terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional. 	<p>Copago de \$0</p> <p>*Se requiere autorización previa</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Línea telefónica de asesoramiento de enfermería (HumanaFirst®)</p> <p>Si tiene preguntas sobre los síntomas que está experimentando y no está seguro si debe ver al médico, Humana puede ayudarlo. Llame a HumanaFirst, nuestra línea de asesoramiento de enfermería para afiliados, las 24 horas del día de los siete días de la semana, al 1-855-235-8530 (TTY: 711). La llamada es gratuita. Nuestros enfermeros le ayudarán a resolver sus preocupaciones de salud inmediatas y podrán contestar sus preguntas sobre asuntos médicos particulares.</p>	<p>Copago de \$0</p>
<p>Medicamentos de venta sin receta</p> <p>Usted es elegible para recibir un subsidio de hasta \$65 por trimestre para la compra de productos de salud y bienestar de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) disponibles a través de CenterWell Pharmacy, nuestro servicio de farmacia de envío por correo. Puede obtener un formulario de pedido llamando al Departamento de Atención al Cliente al número que se indica en la parte inferior de la página.</p>	<p>Copago de \$0</p>





Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare. Cualquiera de las siguientes categorías de medicamentos de la Parte B puede estar sujeta a la terapia por fases de la Parte B. Humana Gold Plus Integrated cubrirá los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos que normalmente no se administra usted mismo y que son inyectados o de infusión mientras recibe servicios de un médico como paciente externo de un hospital o de un centro de cirugía ambulatoria; • insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina necesaria por razones médicas); • otros medicamentos que toma mediante equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan; • factores de coagulación que se inyecta usted mismo, si tiene hemofilia; • medicamentos inmunosupresores, si usted estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante del órgano; • medicamentos inyectables para la osteoporosis. Estos medicamentos serán pagados, si usted no puede salir de su casa, si tiene una fractura que un médico certifique que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y si no puede inyectarse el medicamento usted mismo; • antígenos; • ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas; • ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluyendo heparina, el antídoto contra la heparina (cuando es necesario por razones médicas), anestésicos locales y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa); • globulina inmune intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria. <p>El siguiente enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia por fases: www.humana.com/PAL</p> <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y Parte D de Medicare.</p> <p>El Capítulo 5, Sección Introducción, página 92 explica los beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. También le informa las reglas que debe seguir para que sus recetas estén cubiertas.</p> <p>El Capítulo 6, Sección Introducción, página 108 explica lo que usted pagará por sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>* Puede requerir autorización previa.</p>





Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Medición de la masa ósea</p> <p>El plan cubre ciertos procedimientos para los afiliados elegibles (normalmente, para personas con riesgo de perder masa ósea o con riesgo de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa de los huesos, encuentran si hay pérdida ósea o miden la calidad de los huesos.</p> <p>El plan también cubrirá servicios una vez cada 24 horas o con mayor frecuencia si son necesario por razones médicas. El plan también pagará por un médico que estudie y comente los resultados.</p>	<p>Copago de \$0</p>
<p>Programa de comidas posteriores al alta</p> <p>Después de una hospitalización de paciente internado ya sea en el hospital o en una institución de enfermería, es elegible para recibir dos comidas por día durante siete días, sin ningún costo. Recibirá en su casa catorce comidas congeladas precocidas y nutritivas. Puede utilizar el programa de comidas hasta 4 veces por año calendario.</p> <p>Comuníquese con Atención al Cliente al 800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro para obtener más detalles o para aprovechar este beneficio después de salir del hospital. La llamada es gratuita.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>* Puede requerir autorización previa.</p>
<p> Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>El plan pagará por servicios del programa de prevención de la diabetes de Medicare. Este programa de prevención está diseñado para ayudarle a aumentar comportamientos saludables. Le ofrece entrenamiento práctico en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cambio de dieta a largo plazo; y • aumento de la actividad física; y • maneras de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. 	<p>Copago de \$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Programas de educación de salud y bienestar El plan proporciona los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • materiales y herramientas de educación de salud, en línea e impresas; • asesoramiento en nutrición; • programas para el manejo de enfermedades. 	<p>Copago de \$0</p>
<p> Pruebas de detección del cáncer de pulmón El plan pagará las pruebas de detección del cáncer de pulmón cada 12 meses si usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tiene 50 a 77 años; y • tiene una visita de asesoramiento y de toma de decisión compartida con su médico u otro proveedor calificado; y • ha fumado al menos 1 paquete de cigarrillos al día durante 20 años sin signos o síntomas de cáncer de pulmón o fuma ahora, o dejó de fumar en los últimos 15 años. <p>Después de la primera prueba de detección, el plan pagará otra prueba de detección por año con una orden escrita de su médico u otro proveedor que califique.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>*Es posible que requiera ser referido</p>
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios terapéuticos como paciente externo El plan cubrirá los siguientes servicios y, posiblemente, otros servicios que no han sido incluidos aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • radiografías; • radioterapia (con isótopos y radio), que incluye los materiales y suministros del técnico; • pruebas de laboratorio; • sangre, componentes de la sangre y la administración de los mismos; • otras pruebas de diagnóstico como paciente externo. 	<p>Copago de \$0</p> <p>* Puede requerir autorización previa y/o referido.</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o no emergencia, incluyen servicios de ambulancia aéreos de ala fija o helicópteros y terrestres. La ambulancia le llevará al lugar más cercano donde puedan atenderle.</p> <p>Su enfermedad debe ser tan grave que, si lo llevan a algún lugar de cuidado por otros medios, podría poner en riesgo su vida o su salud. Los servicios de ambulancia para otros casos deberán ser aprobados por el plan.</p> <p>En aquellos casos que no sean emergencias, el plan podría pagar por el servicio de una ambulancia. Su enfermedad debe ser tan grave que, si lo llevan a algún lugar de cuidado por otros medios, podría poner en riesgo su vida o su salud.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>* Puede requerir autorización previa.</p>
<p>Servicios de confirmación de género</p> <p>Para los afiliados con diagnóstico de disforia de género, el plan cubre servicios de confirmación de género. Algunos exámenes y servicios están sujetos a autorización previa y requisitos de remisión.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>* Puede requerir autorización previa.</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos</p> <p>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio de hospital para pacientes ambulatorios o mediante un centro de salud mental comunitario. Es más intenso que la atención que usted recibe en el consultorio de su médico o terapeuta. Además, evita que usted tenga que permanecer en el hospital.</p> <p>El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de tratamiento de terapia de salud del comportamiento (mental) activo. Se ofrece como un servicio de hospital para pacientes ambulatorios, mediante un centro de salud mental comunitario, un centro de salud acreditado federalmente o una clínica de salud rural. Es más intenso que el cuidado que usted recibe en el consultorio de su médico o terapeuta, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>* Puede requerir autorización previa y/o referido.</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de médico o proveedor, incluyendo visitas al consultorio</p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de cuidado de la salud o cirugía necesarios por razones médicas en lugares tales como: <ul style="list-style-type: none"> ○ consultorio médico ○ centro de cirugía ambulatoria certificado ○ departamento ambulatorio del hospital • Consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio administrados por su proveedor de cuidado primario, si su médico lo ordena para averiguar si necesita tratamiento • Algunos servicios de telesalud, incluyendo la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un médico o profesional, para afiliados en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) para afiliados que reciban diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal basado en hospitales o de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del afiliado • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un derrame cerebral • Servicios de telesalud para afiliados con un trastorno de farmacodependencia o trastorno de salud mental coactivo • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si: <ul style="list-style-type: none"> ○ tiene una consulta presencial dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud; ○ tiene una consulta presencial cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ○ es posible hacer excepciones a lo mencionado anteriormente ante ciertas circunstancias. <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>* Puede requerir autorización previa y/o referido.</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios del médico o proveedor, incluyendo visitas al consultorio (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico durante 5-10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> ○ usted no es un paciente nuevo; y ○ el control no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días; y ○ el control no da lugar a una consulta médica dentro de las 24 horas o la cita más cercana disponible. • Evaluación de video o imágenes que le envíe a su médico e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> ○ no es un paciente nuevo, y ○ la evaluación no se relaciona con una visita al consultorio en los últimos 7 días, y ○ la evaluación no da lugar a una consulta médica dentro de 24 horas o la cita más cercana disponible. • Consultas que su médico tenga con otros médicos por teléfono, Internet o expediente médico electrónico si usted no es un paciente nuevo • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía • Cuidado dental que no es de rutina. Los servicios cubiertos se limitarán a lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas; ○ reposición de fracturas de la mandíbula o huesos faciales; ○ extracción de dientes antes de tratamientos de radiación de cáncer neoplásico; o ○ servicios que estarían cubiertos si los proporciona un médico. 	<p>Copago de \$0</p> <p>* Puede requerir autorización previa y/o referido.</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de planificación familiar</p> <p>La ley le permite elegir cualquier proveedor – si es un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red – para obtener ciertos servicios de planificación familiar. Esto quiere decir cualquier doctor, clínica, hospital, farmacia u oficina de planificación familiar.</p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • examen de planificación familiar y tratamiento médico; • pruebas de diagnóstico y laboratorio para planificación familiar; • métodos de planificación familiar (píldoras anticonceptivas, parches, anillos, DIU, inyecciones e implantes); • suministros de planificación familiar con receta (condón, esponja, espuma, película, diafragma, capuchón); • asesoramiento y diagnóstico de infertilidad y servicios relacionados; • asesoramiento y pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS), SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH; • tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS); • esterilización voluntaria (debe tener 21 años o más y debe firmar un formulario de consentimiento de esterilización federal. Entre la fecha de la firma del formulario y la fecha de cirugía deberán pasar por lo menos 30 días, pero no más de 180 días); • asesoramiento sobre genética; • Suplementos de ácido fólico y vitaminas prenatales recetadas y suministradas por una farmacia. <p>El plan pagará también por otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, usted deberá ver a un proveedor de la red del plan para poder recibir los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tratamiento para condiciones médicas de la infertilidad. (Este servicio no incluye procedimientos artificiales para quedar embarazada);* • tratamiento del SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH; • pruebas genéticas.* 	<p>Copago de \$0</p> <p>*Se requiere autorización previa para las pruebas de infertilidad y genética</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de podología</p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedos doblados o talones calcáneos); • cuidado de rutina de los pies para los afiliados con enfermedades que afectan las piernas, como la diabetes. <p>También tiene cobertura para beneficios de podología adicionales. Puede autoreferirse para seis consultas por año con un especialista de la red en los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> – tratamiento de pie plano u otras desalineaciones estructurales de los pies; – eliminación de durezas; – eliminación de verrugas; – eliminación de callos; – cuidado higiénico. 	<p>Copago de \$0</p> <p>* Puede requerir autorización previa y/o referido.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón)</p> <p>El plan cubre servicios de rehabilitación del corazón, como ejercicios, educación y asesoramiento. Los afiliados deben cumplir con ciertas condiciones con un referido de un médico.</p> <p>El plan cubre también programas de rehabilitación cardíaca <i>intensiva</i>, los cuales son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca normales.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>*Es posible que requiera ser referido</p>
<p>Servicios de rehabilitación como paciente externo</p> <p>El plan cubre terapia física, ocupacional y del habla.</p> <p>Puede recibir servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios de los departamentos de un hospital, de terapeutas independientes, de Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) y de otras instituciones.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>* Puede requerir autorización previa y/o referido.</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>El plan cubrirá programas de rehabilitación pulmonar para afiliados que tengan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave. El afiliado deberá tener una orden para rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trata la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés).</p>	<p>Copago de \$0</p>
<p>Servicios de teléfonos inteligentes</p> <p>1 teléfono inteligente gratuito a través del programa “Lifeline” federal, por hogar. Los afiliados menores de 18 años deberán contar con un padre o tutor para inscribirse.</p> <p>Este beneficio cubre de por vida: 1 teléfono, 1 cargador, 1 conjunto de instrucciones, llamadas, mensajes de texto y datos de alta velocidad ilimitados, capacitación para usted y su cuidador en la primera consulta de orientación del administrador de casos, si está inscrito en la coordinación del cuidado de la salud.</p> <p>El afiliado debe hacer 1 llamada telefónica o enviar 1 mensaje de texto todos los meses para mantener el beneficio. El afiliado puede ser elegible para beneficios mejorados a través del Programa de conectividad a su alcance (ACP, por sus siglas en inglés) que proporciona minutos ilimitados, punto de acceso de 10 GB y datos ilimitados. Puede optar por este beneficio al comunicarse con SafeLink al 1-800-SAFELINK o en línea en www.safelink.com/en/ACP11.</p> <p>Los beneficios están sujetos a cambios por parte de la FCC bajo el programa Lifeline</p>	<p>Copago de \$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios del programa de tratamiento con opioides (OTP, por sus siglas en inglés)</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios para tratar el trastorno por uso de opioides (OUD, por sus siglas en inglés):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) y, si corresponde, administrar y darle estos medicamentos • Asesoramiento por farmacodependencia • Terapia individual y grupal • Pruebas de drogas o sustancias químicas en su cuerpo (pruebas de toxicología) 	<p>Copago de \$0</p>
<p>Servicios dentales</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios dentales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • exámenes limitados e integrales; • restauraciones; • dentaduras postizas; • extracciones; • sedantes; • emergencias dentales; • servicios dentales necesarios para la salud de una mujer embarazada antes de que nazca el bebé. <p>Pagamos por algunos servicios dentales cuando el servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones dentales hechas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que involucra la mandíbula o exámenes orales previos al trasplante de riñón.</p> <p>Tiene cobertura para los siguientes beneficios dentales adicionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 1 evaluación oral completa cada seis meses – 1 profilaxis (limpieza) cada seis meses 	<p>Copago de \$0</p> <p>* Puede requerir autorización previa.</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios en caso de crisis de salud mental como paciente ambulatorio (extendidos)</p> <p>Además de los servicios de intervención en casos de crisis, el plan cubrirá los siguientes servicios de crisis necesarios por razones médicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respuesta móvil a crisis (MCR, por sus siglas en inglés): MCR es un servicio móvil con tiempo limitado para la reducción, estabilización y restauración de síntomas en caso de crisis al nivel previo de funcionamiento. <p>Los servicios de MCR necesitan de una prueba de detección directa con un instrumento de detección en crisis aprobado por el estado y pueden incluir: intervención a corto plazo, planificación de seguridad en caso de crisis, asesoramiento breve, consulta con otros proveedores calificados y remisión a otros servicios comunitarios de salud mental.</p> <p>Para acceder a los servicios de MCR, los afiliados del plan de salud o las personas preocupadas por los afiliados del plan de salud deben llamar a la línea de admisión de crisis estatal, CARES, al 1-800-345-9049 (TTY: 1-866-794-0374). CARES enviará un proveedor local a la ubicación del afiliado del plan de salud en crisis.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estabilización en caso de crisis: los servicios de estabilización en caso de crisis son apoyos intensivos y limitados por tiempo disponibles hasta 30 días después de un evento de MCR para evitar crisis adicionales en la salud del comportamiento. Los servicios de estabilización en caso de crisis brindan apoyo basado en fortalezas de forma individual en el hogar o la comunidad. <p>El plan de salud cubrirá los servicios móviles de respuesta a crisis y estabilización en caso de crisis prestados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centros comunitarios para la salud mental con una certificación de crisis del estado, o • Clínicas de salud del comportamiento con una certificación de crisis del estado. 	<p>Copago de \$0</p> <p>* Puede requerir autorización previa y/o referido.</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios hospitalarios como paciente externo</p> <p>El plan cubrirá los servicios necesarios por razones médicas que usted reciba para un diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital.</p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios y, posiblemente, otros servicios que no han sido incluidos aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios <ul style="list-style-type: none"> ○ Los servicios de observación ayudan al médico a saber si usted necesita ser admitido en el hospital como un “paciente internado”. ○ Algunas veces puede pasar la noche en el hospital y seguir siendo un “paciente ambulatorio”. ○ Puede obtener más información sobre ser un paciente internado o un paciente ambulatorio en esta hoja de información: www.medicare.gov/media/11101 • Pruebas de laboratorio y diagnóstico facturados por el hospital • Cuidado de la salud mental, incluyendo el cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente internado sería necesario sin este • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos, como entablillados y yesos • Pruebas de detección preventivas y servicios preventivos enumerados en toda la Tabla de beneficios • Algunos medicamentos que no puede darse a sí mismo 	<p>Copago de \$0</p> <p>* Puede requerir autorización previa y/o referido.</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios para evitar el abuso de sustancias</p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios por abuso de sustancias prestados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un centro de farmacodependencia autorizado por el estado u • hospitales. <p>El plan cubrirá los siguientes servicios necesarios para evitar el abuso de sustancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios como paciente externo (en grupo o individual), tales como evaluaciones, terapias, monitoreo de medicamentos y evaluación psiquiátrica; • tratamiento asistido con fármacos para la dependencia de opiodes, tales como ordenar y administrar metadona, manejar el plan de tratamiento, y coordinar otros servicios relacionados con trastornos de uso de sustancias; • servicios intensivos como paciente externo (en grupo o individual); • servicios de desintoxicación y • algunos servicios residenciales, como servicios de rehabilitación a corto plazo. 	<p>Copago de \$0</p> <p>* Puede requerir autorización previa y/o referido.</p>
<p>Servicios para la audición</p> <p>El plan cubre pruebas de audición y de equilibrio, realizadas por su proveedor. Estas pruebas mostrarán si necesita tratamiento médico. Serán cubiertas como cuidado de paciente ambulatorio si las recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>El plan también cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pruebas de audición básicas y avanzadas; • asesoramiento sobre el uso de audífonos; • evaluación/adaptación de un audífono; • audífonos una vez cada tres años; • baterías y accesorios para los audífonos; • reparación y reemplazo de partes de los audífonos. 	<p>Copago de \$0</p> <p>* Puede requerir autorización previa.</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico El plan cubrirá el cuidado psiquiátrico necesario para pacientes internados en instituciones aprobadas.</p>	<p>Copago de \$0 *Se requiere autorización previa</p>
<p>Servicios quiroprácticos El plan cubre ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación.</p>	<p>Copago de \$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios y suministros para tratar enfermedades renales El plan cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios educativos sobre la insuficiencia renal para enseñar sobre el cuidado de los riñones y ayudar a los afiliados a tomar decisiones sobre su cuidado. <ul style="list-style-type: none"> ○ usted debe estar en la etapa IV de insuficiencia renal crónica y su doctor deberá darle un referido; ○ el plan cubrirá hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la insuficiencia renal; • tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicios, como se explica en el Capítulo 3, Sección B, página 26, o cuando su proveedor para este servicio no esté disponible temporalmente o sea inaccesible; • tratamientos de diálisis como paciente internado, si ingresa como paciente a un hospital para recibir cuidado especial; • entrenamiento para hacerse diálisis a usted mismo, incluyendo entrenamiento para usted y para otra persona que le ayude en su hogar con sus tratamientos de diálisis; • equipo y suministros para hacerse diálisis en el hogar; • ciertos servicios de respaldo en el hogar, tal como las visitas necesarias por personas entrenadas en diálisis para que revisen la diálisis que se está haciendo en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo de diálisis y su suministro de agua. <p>Sus beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare pagarán por ciertos medicamentos para diálisis. Para obtener más información, consulte “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare” en esta tabla.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>* Puede requerir autorización previa.</p>




Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Terapia de ejercicios supervisados (SET, por sus siglas en inglés)</p> <p>El plan pagará terapias de ejercicios supervisados para afiliados con enfermedad arterial periférica sintomática que tengan un referido del médico responsable por el tratamiento de dicha enfermedad. El plan pagará:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas, si se cumplen todos los requisitos de la terapia de ejercicios supervisados; • 36 sesiones adicionales posteriores si el proveedor de cuidado de la salud lo considera necesario por razones médicas. <p>El programa de terapia de ejercicios supervisados se realizará:</p> <ul style="list-style-type: none"> • como sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de ejercicio-entrenamiento terapéutico para enfermedad arterial periférica, para afiliados con calambres en las piernas debido a un flujo sanguíneo inadecuado (claudicación); • en un hospital para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico; • a cargo de personal calificado que se asegura de que el beneficio supere el daño y que estén capacitados en terapia de ejercicios para PAD; • bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, un enfermero con licencia o enfermero clínico especialista en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital. 	<p>Copago de \$0</p>




Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Terapia de infusión en el hogar</p> <p>El plan pagará la terapia de infusión en el hogar, definida como medicamentos o sustancias biológicas administrados en una vena o aplicados bajo la piel y proporcionados a usted en casa. Se necesita lo siguiente para realizar la infusión en el hogar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el medicamento o la sustancia biológica, como un antiviral o una inmunoglobulina; • equipo, como una bomba; y • suministros, como tubos o un catéter. <p>El plan cubrirá los siguientes servicios de infusión en el hogar, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con su plan de atención; • capacitación y educación de los afiliados que aún no están incluidas en el beneficio DME; • monitoreo remoto; y • servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión en el hogar y medicamentos para la infusión en el hogar suministrados por un proveedor acreditado de terapia de infusión en el hogar. 	<p>Copago de \$0</p> <p>* Puede requerir autorización previa.</p>
<p> Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes o con insuficiencia renal pero que no reciben diálisis. También es para aquellos que han recibido un trasplante de riñón cuando ha sido ordenado por su médico.</p> <p>El plan cubrirá tres horas de servicios de asesoramiento en persona durante el primer año que usted reciba servicios de terapia nutricional bajo Medicare. (Esto incluye nuestro plan, cualquier plan de Medicare Advantage o Medicare). Después de eso, cubriremos dos horas de servicios de asesoramiento en persona por año. Si su problema, tratamiento o diagnóstico cambian, podrá recibir más horas de tratamiento con un referido de un médico. Un médico deberá prescribir estos servicios y renovar el referido una vez por año, si su tratamiento es necesario durante el próximo año calendario.</p>	<p>Copago de \$0</p>





Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Transporte sin carácter de emergencia</p> <p>El plan cubrirá el transporte para que usted viaje hasta o desde sus citas médicas, si este es un servicio cubierto. Los tipos de transporte para casos que no sean de emergencia incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicare; • ambulancia no urgente; • servicio de automóvil; • taxi. <p>Viajes de ida y vuelta ilimitados por año por taxi, ómnibus/ subterráneo, camioneta, transporte médico para viajes permitidos a hogares de ancianos, a la farmacia después de las visitas al médico y otros proveedores y centros de cuidado de la salud.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>* Puede requerir autorización previa y/o referido.</p>
<p> Vacunas (Inmunizaciones)</p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vacuna contra la neumonía; • vacunas para la influenza, cada temporada de influenza, en el otoño e invierno, con 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 las vacunas cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare. <p>El plan cubrirá otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de la Parte D de Medicare. Lea el Capítulo 6, Sección D, página 112 para obtener más información.</p>	<p>Copago de \$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Visita anual para el bienestar</p> <p>Si ha estado en la Parte B de Medicare durante más de 12 meses, puede realizarse un control anual. Este examen tiene como fin actualizar o desarrollar un plan preventivo basado en sus factores de riesgo actuales. El plan cubrirá esto una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: No podrá recibir su primer examen anual dentro de un período de 12 meses desde la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. Usted tendrá cobertura para controles anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses. No será necesario que tenga primero su visita de “Bienvenida a Medicare”.</p>	<p>Copago de \$0</p>
<p> Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”</p> <p>El plan cubrirá una visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” una sola vez. La visita incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una revisión de su salud, • educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que usted necesita (incluidas las pruebas de detección y las vacunas) y • referidos para otro tipo de cuidado si lo necesita. <p>Nota: Cubriremos la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” solo durante los primeros 12 meses en que tenga la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, diga en el consultorio de su médico que quiere programar su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”.</p>	<p>Copago de \$0</p>

Servicios en el hogar y la comunidad cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Asistente de salud en el hogar</p> <p>Si es elegible, el plan cubrirá los servicios de un asistente de cuidado de la salud en el hogar, bajo la supervisión de una enfermera registrada o de otro profesional. Los servicios pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cambios de vendaje sencillos; • ayuda con los medicamentos; • actividades de apoyo para las terapias calificadas; • cuidado de rutina de aparatos protésicos y ortopédicos. 	<p>Copago de \$0</p> <p>* Puede requerir autorización previa y/o referido.</p> <p>* Es posible que se requiera una exención.</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Servicios en el hogar y la comunidad cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Ayudante personal Si es elegible, el plan cubrirá un ayudante personal para que le ayude con las actividades diarias. Esto incluye, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bañarse; • alimentarse; • vestirse; • lavar la ropa. 	<p>Copago de \$0</p> <p>* Puede requerir autorización previa y/o referido.</p> <p>* Es posible que se requiera una exención.</p>
<p>Comidas a domicilio Si es elegible, el plan cubre comidas preparadas que se llevan a su domicilio.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>* Puede requerir autorización previa y/o referido.</p> <p>* Es posible que se requiera una exención.</p>
<p>Cuidado de relevo Si es elegible, el plan cubrirá servicios para darle un respiro o proporcionarle alivio a un miembro de la familia que no recibe pago o a un encargado de cuidado primario que se encarga de atender todas sus necesidades. Ciertas limitaciones son aplicables.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>* Puede requerir autorización previa y/o referido.</p> <p>* Es posible que se requiera una exención.</p>
<p>Equipo médico duradero especializado y suministros Si es elegible, el plan cubre dispositivos, controles o aparatos que le permitan incrementar su capacidad de desempeñar actividades diarias o de percibir, controlar o comunicarse con el entorno en el cual usted vive. Los servicios podrían incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un elevador para las escaleras; • bancas o sillas para el baño; • un elevador para las escaleras; • barandas para la cama. 	<p>Copago de \$0</p> <p>* Puede requerir autorización previa y/o referido.</p> <p>* Es posible que se requiera una exención.</p>
<p>Habilitación - diaria Si es elegible, el plan cubrirá servicios de habilitación diaria, para ayudar a mantener o mejorar su capacidad de ayudarse a sí mismo, de socialización y sus destrezas de adaptación fuera del hogar.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>* Puede requerir autorización previa y/o referido.</p> <p>* Es posible que se requiera una exención.</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Servicios en el hogar y la comunidad cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Modificaciones en el hogar</p> <p>Si es elegible, el plan cubrirá modificaciones en su hogar. Estas deben ser diseñadas para garantizar su salud, bienestar y seguridad o para que viva más independientemente en su hogar. Las modificaciones pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rampas; • barras de sujeción; • ampliación de entradas. 	<p>Copago de \$0</p> <p>* Puede requerir autorización previa y/o referido.</p> <p>* Es posible que se requiera una exención.</p>
<p>Residencia asistida</p> <p>Si es elegible, vivir en un lugar con asistencia ofrece una alternativa a residir en un centro de enfermería especializada. Algunos de los servicios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • asistencia con las actividades de la vida diaria; • servicios de enfermería; • cuidado personal; • administración de medicamentos; • tareas del hogar; • personal de respuesta/seguridad las 24 horas. 	<p>Copago de \$0</p> <p>* Puede requerir autorización previa y/o referido.</p> <p>* Es posible que se requiera una exención.</p>
<p>Servicio de tareas de la casa</p> <p>El plan cubrirá los servicios de cuidado en el hogar proporcionados en su hogar o comunidad, si usted es elegible. Estos servicios pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una persona para ayudarle con el lavado de su ropa; • una persona para ayudarle con la limpieza; • entrenamiento para mejorar sus destrezas para vivir en su comunidad. 	<p>Copago de \$0</p> <p>* Puede requerir autorización previa y/o referido.</p> <p>* Es posible que se requiera una exención.</p>
<p>Servicios de enfermería</p> <p>Si es elegible, el plan cubrirá servicios de enfermería con horarios definidos y esporádicos ofrecidos por enfermeras registradas o enfermeras practicantes certificadas.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>* Puede requerir autorización previa y/o referido.</p> <p>* Es posible que se requiera una exención.</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Servicios en el hogar y la comunidad cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios diarios para adultos</p> <p>Si es elegible, el plan cubrirá actividades diarias estructuradas en un programa de cuidado directo y supervisión. Este servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • proporciona atención personal • fomenta el bienestar social, físico y emocional 	<p>Copago de \$0</p> <p>* Puede requerir autorización previa y/o referido.</p> <p>* Es posible que se requiera una exención.</p>
<p>Sistema de respuesta a emergencias personales</p> <p>Si es elegible, el plan cubrirá un dispositivo electrónico en el hogar que le asegure recibir ayuda en una emergencia.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>* Puede requerir autorización previa y/o referido.</p> <p>* Es posible que se requiera una exención.</p>
<p>Terapias</p> <p>El plan cubrirá terapia ocupacional física y del lenguaje, si usted es elegible. Estas terapias se concentran en necesidades rehabilitadoras a largo plazo en vez de concentrarse en restablecer necesidades urgentes a corto plazo.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>* Puede requerir autorización previa y/o referido.</p> <p>* Es posible que se requiera una exención.</p>

E. Beneficios cubiertos fuera de Humana Gold Plus Integrated

Humana Gold Plus Integrated no cubre los siguientes servicios, pero están disponibles a través de Medicare o Medicaid.

Medicaid (no nuestro plan) cubre los servicios de aborto mediante el uso de su tarjeta médica HFS.

E1. Cuidado de hospicio

Tiene derecho a elegir hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que usted tiene un pronóstico médico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal y se espera que tenga seis meses o menos de vida. Puede obtener cuidado de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. El plan debe ayudarle a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare. Su médico de hospicio puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.

Consulte la Tabla de beneficios de la Sección de este capítulo para tener más información sobre lo que Humana Gold Plus Integrated paga mientras usted recibe servicios de cuidado de hospicio.

Para los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare relacionados con su pronóstico médico terminal:

- El proveedor de hospicio le cobrará a Medicare por sus servicios. Medicare pagará por los servicios de hospicio relacionados con su pronóstico médico terminal. Usted no debe pagar nada por estos servicios.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que no estén relacionados con su enfermedad terminal:

- El proveedor le cobrará a Medicare por sus servicios. Medicare pagará por los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare. Usted no pagará nada por estos servicios.

Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de Humana Gold Plus Integrated:

- Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección F, página 104.

Nota: Si necesita cuidado que no sea de hospicio, debe llamar a su coordinador de cuidado para pedir ese servicio. El cuidado que no es de hospicio es el que no está relacionado con su pronóstico médico terminal.

Para hablar con un coordinador de cuidado, llame a Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita.

F. Beneficios no cubiertos por Humana Gold Plus Integrated, Medicare o Medicaid

Esta sección explica qué tipos de beneficios están excluidos del plan. Excluidos significa que el plan no pagará por esos beneficios. Medicare y Medicaid tampoco pagarán por ellos.

La siguiente lista describe algunos servicios y algunos elementos que no están cubiertos por el plan bajo ninguna circunstancia, y algunos que están excluidos del plan solo en algunos casos.

El plan no cubrirá los beneficios médicos excluidos que se indican en esta sección (u otra parte de este *Manual del afiliado*), excepto en las condiciones específicas indicadas. Incluso si recibe los servicios en un centro de emergencia, el plan no pagará por los servicios. Si cree que debemos pagarle por un servicio que no esté cubierto, puede apelar. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección D, página 132.

Además de cualquier limitación o exclusión descrita en la Tabla de beneficios, **los siguientes elementos y servicios no están cubiertos por nuestro plan:**

- servicios considerados como “no razonables y necesarios” según los estándares de Medicare y Medicaid, a menos que estos servicios estén incluidos en nuestro plan como servicios cubiertos;
- tratamientos médicos y quirúrgicos, elementos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o por un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Consulte el Capítulo 3, página 39-38 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica. Tratamientos y elementos experimentales son los que, en general, no son aceptados por la comunidad médica;
- tratamiento de cirugía para la obesidad mórbida, excepto cuando sea necesario por razones médicas y Medicare pague por ello;
- habitación privada en un hospital, excepto cuando sea necesario por razones médicas;
- servicios privados de enfermería;
- elementos personales en su habitación en un hospital o en una institución de enfermería especializada, como un teléfono o una televisión;
- cuidado de enfermería de tiempo completo en su hogar;



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

- procedimientos o servicios de mejoramiento opcionales o voluntarios (incluyendo pérdida de peso, crecimiento del cabello, desempeño sexual, desempeño atlético, fines cosméticos, antienvjecimiento y desempeño mental), excepto cuando sean necesarios por razones médicas;
- cirugía cosmética u otros tratamientos cosméticos, a menos que sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte deformada del cuerpo. No obstante, el plan pagará por la reconstrucción de una mama después de una mastectomía y por tratar la otra mama para darle la misma forma;
- cuidado quiropráctico, salvo la manipulación manual de la columna conforme a los reglamentos de cobertura de Medicare;
- queratotomía radial, cirugía LASIK y otros recursos para problemas de visión. Pero el plan pagará por los lentes después de la cirugía de cataratas;
- reversión de procedimientos de esterilización;
- servicios naturopáticos (el uso de tratamientos naturales o alternativos);
- servicios proporcionados a veteranos en centros de Asuntos de veteranos (VA, por sus siglas en inglés). Sin embargo, cuando un veterano reciba servicios en casos de emergencia en un hospital de Asuntos de veteranos y el costo del VA sea mayor que el costo compartido bajo nuestro plan, le reembolsaremos al veterano la diferencia. Los afiliados seguirán siendo responsables de las cantidades de costos compartidos.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos recetados como paciente externo a través del plan

Introducción

Este capítulo explica las reglas para obtener sus medicamentos recetados como paciente externo. Estos medicamentos son los que su proveedor ordena para usted y que usted obtiene de una farmacia o al pedirlos por correo. Incluyen medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y Medicaid. Capítulo 6, página 108 le indica lo que usted paga por estos medicamentos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del afiliado*.

Humana Gold Plus Integrated también cubre los siguientes medicamentos, aunque no se hablarán sobre ellos en este capítulo:

- Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare. Estos incluyen algunos medicamentos que recibe mientras está en un hospital o institución de cuidado para personas de la tercera edad.
- Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare. Algunos medicamentos de quimioterapia, algunas inyecciones de medicamentos que usted obtiene durante una visita al consultorio de un médico u otro proveedor y medicamentos que usted recibe en una clínica de diálisis. Para saber más sobre qué medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare, lea la Tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección C, página 44.

Reglas para la cobertura de medicamentos de pacientes ambulatorios

El plan generalmente cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando, usted siga las reglas de esta sección.

1. Un médico u otro proveedor debe recetarlos. Muchas veces esta persona es su proveedor de cuidado primario (PCP). También puede ser otro proveedor de la red, si su proveedor de cuidado primario lo envió a ese proveedor para recibir cuidado.
2. El médico que receta no deberá estar en las listas de exclusión ni preclusión de Medicare.
3. Generalmente, para surtir su receta, deberá usar una farmacia de la red.
4. Su medicamento recetado debe estar incluido en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. Para abreviar, la llamamos “Lista de medicamentos”.
 - Si no está en la lista de medicamentos, es posible que podamos cubrirla si le damos una excepción.
 - Consulte el Capítulo 9, página 128, para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.
5. Su medicamento debe ser usado para una indicación aceptada por razones médicas. Esto quiere decir que su uso está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o está respaldado por ciertas referencias médicas.

Índice

A. Cómo surtir sus recetas	94
A1. Surta su medicamento recetado en una farmacia de la red	94



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

A2. Use su tarjeta de identificación de afiliado del plan cuando surta una receta	94
A3. Qué hacer si quiere cambiar a otra farmacia de la red.	94
A4. Qué hacer si su farmacia se retira de la red	94
A5. Cómo usar una farmacia especializada	94
A6. Cómo usar los servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos.	95
A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de sus medicamentos.	96
A8. Usar una farmacia que no está en la red del plan.	97
A9. Cómo obtener el reembolso si usted pagó por un medicamento.	97
B. La lista de medicamentos del plan	97
B1. Medicamentos de la Lista de medicamentos.	97
B2. Cómo verificar si un medicamento está en la Lista de medicamentos	98
B3. Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos	98
B4. Los niveles de la lista de medicamentos.	99
C. Límites de algunos medicamentos	99
D. Razones por las cuales su medicamento podría no estar cubierto	100
D1. Cómo obtener un suministro temporal.	100
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos.	103
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales	104
F1. Si está en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una hospitalización cubierta por el plan	104
F2. Si está en una institución de cuidado a largo plazo	104
F3. Si está en un programa de hospicio certificado por Medicaid.	105
G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos.	105
G1. Programas para ayudar a los afiliados a usar medicamentos con cuidado.	105
G2. Programas para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos.	105
G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los afiliados a usar sus medicamentos opioides de manera segura	106



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

A. Cómo surtir sus recetas

A1. Surta su medicamento recetado en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, el plan pagará por recetas **solo** si son surtidas en las farmacias de la red del plan. Una farmacia de la red es una farmacia que aceptó surtir recetas para los afiliados de nuestro plan. Puede utilizar cualquiera de nuestras farmacias de la red.

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, ir a nuestro sitio web o comunicarse con el Departamento de Atención al Cliente o con su coordinador de cuidado.

A2. Use su tarjeta de identificación de afiliado del plan cuando surta una receta

Para suplir su receta, **muestre su tarjeta de identificación del afiliado de Humana Gold Plus Integrated** en su farmacia de la red. La farmacia de la red le facturará a Humana Gold Plus Integrated por su medicamento recetado cubierto.

Si no tiene la Tarjeta de identificación de afiliado del plan cuando vaya a surtir su receta, pida a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento recetados cuando vaya a recibirlo. Puede pedirnos que le devolvamos lo que haya pagado. Si no puede pagar por el medicamento, comuníquese inmediatamente con el Departamento de Atención al Cliente. Haremos lo posible para ayudarle.

- Para saber cómo pedirnos que le devolvamos lo que pagó, lea el Capítulo 7, Sección A, página 114.
- Si necesita ayuda para que le surtan un medicamento recetados, puede comunicarse con el Departamento de Atención al Cliente.

A3. Qué hacer si quiere cambiar a otra farmacia de la red

Si cambia de farmacia y necesita surtir una receta, puede pedir que un proveedor le dé una receta nueva, o pedir a su farmacia que transfiera la receta a la farmacia nueva si quedan repeticiones de recetas.

Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red, puede comunicarse con el Departamento de Atención al Cliente o con su coordinador de cuidado.

A4. Qué hacer si su farmacia se retira de la red

Si la farmacia que usted usa se retira de la red del plan, tendrá que encontrar una nueva farmacia de la red. Le enviaremos una notificación antes de efectuar un cambio que le afecte.

Para encontrar una nueva farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, ir a nuestro sitio web o comunicarse con Departamento de Atención al Cliente o con su coordinador de cuidado.

A5. Cómo usar una farmacia especializada

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

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de una institución de cuidado a largo plazo, como una institución de cuidado para personas de la tercera edad.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

- Generalmente, las instituciones de cuidado a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si es residente de alguna institución de cuidado a largo plazo, debemos asegurarnos que pueda obtener los medicamentos que necesite en la farmacia de la institución.
- Si la farmacia de su institución de cuidado a largo plazo no está en nuestra red o usted tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de medicamentos en una institución de cuidado a largo plazo, comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente.
- Farmacias que sirven al Programa de salud para nativos americanos tribales o urbanos. Excepto en emergencias, solo los nativos americanos y los nativos de Alaska pueden usar estas farmacias.
- Farmacias que dispensan medicamentos que están restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieren un manejo especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. (Nota: Esta situación debería ocurrir raramente).

Para encontrar una farmacia especializada, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, ir a nuestro sitio web o comunicarse con el Departamento de Atención al Cliente o con su coordinador de cuidado.

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

Puede usar los servicios de pedidos por correo de la red del plan para ciertos tipos de medicamentos. En general, los medicamentos disponibles por medio de pedidos por correo son medicamentos que usted toma de manera regular para una enfermedad crónica o a largo plazo. Los medicamentos disponibles por medio del servicio de pedidos por correo de nuestro plan están indicados como medicamentos de pedido por correo en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite pedir un suministro de medicamento de hasta 90 días. Un suministro para 90 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes.

Cómo surtir mis recetas por correo

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame al Departamento de Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita.

Generalmente, una receta por correo le llegará a más tardar en 14 días. Le recomendamos que hable con su médico sobre la posibilidad de emitir una receta para un suministro de 30 días para surtir en una farmacia minorista de la red, además de su receta de pedido por correo, en caso de que el pedido se retrase.

Procesos del servicio de pedidos por correo

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

1. Recetas nuevas que la farmacia recibe de usted

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas que reciba de usted.

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

Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de cuidado de la salud, esta se comunicará con usted para saber si quiere repetir la receta del medicamento de inmediato o después.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

- Esto le dará a usted la oportunidad de asegurarse de que la farmacia entregue el medicamento correcto (incluyendo la dosis, cantidad y presentación) y, si es necesario, le permite a usted detener o retrasar el pedido antes de que lo envíen.
- Es importante que responda cada vez que la farmacia se ponga en contacto con usted, para que sepan qué hacer con su receta nueva y para evitar todo retraso de los envíos.

Si ya usó el servicio de pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada receta nueva, comuníquese con nosotros llamando al Departamento de Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita.

Si nunca usó nuestro servicio de pedidos por correo y decide detener los resurtidos automáticos de las recetas nuevas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una receta nueva de un proveedor de cuidado de salud, para averiguar si usted quiere que surtan y envíen el medicamento inmediatamente.

- Esto le dará a usted la oportunidad de asegurarse de que la farmacia entregue el medicamento correcto (incluyendo la dosis, cantidad y presentación) y, si es necesario, le permite a usted detener o retrasar el pedido antes de que lo envíen.
- Es importante que responda cada vez que la farmacia se ponga en contacto con usted, para que sepan qué hacer con su receta nueva y para evitar todo retraso de los envíos.

Para rechazar la opción de recibir entregas automáticas de recetas nuevas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de cuidado médico, por favor comuníquese con nosotros llamando al Departamento de Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita.

3. Resurtidos de recetas por pedido por correo

Para resurtir, por favor comuníquese con su farmacia 14 días antes de que se agoten los medicamentos que tiene a mano, para asegurarse que su próximo pedido le sea enviado a tiempo.

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes de enviarlo, asegúrese de avisar a la farmacia las mejores maneras de comunicarse con usted. Puede indicarnos sus preferencias de comunicación iniciando sesión en su cuenta de CenterWell Pharmacy. Allí vaya a la sección “Preferences” (Preferencias) del menú “My Account” (Mi cuenta). Puede llamar a Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita.

A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de sus medicamentos

Puede obtener un suministro a largo plazo de *medicamentos de mantenimiento* en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son los que toma de manera regular, para una enfermedad crónica o a largo plazo

Algunas farmacias de la red permiten obtener suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro para 90 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes. El *Directorio de proveedores y farmacias* le dice cuáles farmacias le pueden dar un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Departamento de Atención al Cliente para obtener más información.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Puede usar los servicios de pedidos por correo para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la sección anterior para enterarse sobre los servicios de pedidos por correo.

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

Generalmente, pagamos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red solo cuando usted no pueda usar una farmacia de la red. Tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio, donde le pueden surtir sus recetas como afiliado de nuestro plan.

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

- si las recetas están conectadas con cuidado médico en casos de emergencia cubierto por el plan;
- si las recetas están conectadas con cuidado que se necesita con urgencia cubierto por el plan, cuando usted no puede acceder a un proveedor de la red;
- si se encuentra en un área de desastre declarado y debe surtir su receta.

En estos casos, llame primero al Departamento de Atención al Cliente para ver si hay una farmacia de la red cercana.

A9. Cómo obtener el reembolso si usted pagó por un medicamento

Si debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general tendrá que pagar el costo total cuando vaya a recibir sus medicamentos. Puede pedirnos que le devolvamos lo que pagó.

Para saber más sobre esto, consulte el Capítulo 7, Sección A, página 114.

B. La lista de medicamentos del plan

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos*. Para abreviar, la llamamos “Lista de medicamentos”.

El plan selecciona los medicamentos para la Lista de medicamentos con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. En la Lista de medicamentos también dice si hay reglas que deba seguir para obtener sus medicamentos.

Generalmente, cubriremos un medicamento de la Lista de medicamentos del plan, siempre y cuando usted siga las reglas que se explican en este capítulo.

B1. Medicamentos de la Lista de medicamentos

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos cubiertos bajo la Parte D de Medicare y algunos medicamentos recetados y de venta sin receta, y artículos cubiertos por sus beneficios de Medicaid.

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo un nombre de marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, medicamentos que se basan en una proteína) se llaman productos biológicos. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a “medicamentos”, esto podría significar un medicamento o un producto biológico como vacunas o insulina.

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos y productos de venta sin receta. Algunos medicamentos de venta sin receta cuestan menos que los medicamentos recetados y funcionan igual. Llame a



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Departamento de Atención al Cliente para obtener más información.

B2. Cómo verificar si un medicamento está en la Lista de medicamentos

Para saber si el medicamento que toma está en la Lista de medicamentos, puede:

- revisar la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo;
- visite el sitio web del plan en **Humana.com/IllinoisGoldPlus2024Documents**. La Lista de medicamentos en el sitio web es siempre la más actual;
- llamar al Departamento de Atención al Cliente para averiguar si un medicamento está en la Lista de medicamentos del plan o pedir una copia de la lista.

B3. Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos

El plan no cubre todos los medicamentos recetados. Algunos medicamentos no están en la Lista de medicamentos porque la ley no permite que el plan los cubra. En otros casos, el plan decide no incluir cierto medicamento en la Lista de medicamentos.

Humana Gold Plus Integrated no pagará los medicamentos enumerados en esta sección. Estos son llamados **medicamentos excluidos**. Si le dan una receta para un medicamento excluido, deberá pagarlo usted mismo. Si cree que, en su caso, deberíamos pagar por un medicamento excluido, puede presentar una apelación. (Para saber cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección D, página 132).

Hay tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye los medicamentos de la Parte D de Medicare), no puede pagar por un medicamento que ya estaría cubierto bajo la Parte A o Parte B de Medicare. Los medicamentos cubiertos bajo la Parte A o Parte B de Medicare, están cubiertos de manera gratuita por Humana Gold Plus Integrated bajo el beneficio médico de nuestro plan, pero no están considerados como parte de sus beneficios de medicamentos recetados como paciente externo.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe ser aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertas referencias médicas que lo aprueben como tratamiento para su enfermedad. Su médico podría recetar cierto medicamento para tratar su enfermedad, aunque ese medicamento no haya sido aprobado para tratar la enfermedad. Esto se llama uso no indicado en la etiqueta. Generalmente, nuestro plan no cubre los medicamentos que sean recetados para usos no indicados en la etiqueta.

Además, según la ley, los tipos de medicamentos indicados a continuación tampoco están cubiertos por Medicare ni Medicaid.

- medicamentos para promover la fertilidad;
- medicamentos usados para calmar los síntomas de la gripe o la tos;
- medicamentos con fines cosméticos o para ayudar al crecimiento del cabello;
- vitaminas recetadas y productos minerales, excepto vitaminas prenatales y preparados con flúor;
- medicamentos para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil como Viagra®, Cialis®, Levitra® y



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Caverject®;

- medicamentos para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso;
- medicamentos para pacientes ambulatorios cuando el fabricante de los medicamentos dice que usted tiene que hacerse exámenes u obtener servicios que solo hacen ellos.

B4. Los niveles de la lista de medicamentos

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan están en uno de cuatro niveles. Un nivel es un grupo de medicamentos del mismo tipo como regla general (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos o de venta sin receta).

- Nivel 1: medicamentos genéricos
- Nivel 2: medicamentos de marca
- Nivel 3: medicamentos recetados no incluidos en Medicare
- Nivel 4: medicamentos de venta sin receta (OTC) no incluidos en Medicare

Para saber en qué nivel está su medicamento, busque el medicamento en la Lista de medicamentos del plan.

En el Capítulo 6, Sección C, página 111 se indica la cantidad que usted debe pagar por los medicamentos de cada nivel.

C. Límites de algunos medicamentos

Hay reglas especiales que limitan la manera y el tiempo en que el plan cubre ciertos medicamentos recetados. En general, nuestras reglas le aconsejan obtener un medicamento que funcione para su afección médica y que sea seguro y eficaz.

Cuando un medicamento seguro y barato funciona tan bien como un medicamento más caro, el plan espera que su proveedor recete el medicamento más barato.

Si hay alguna regla especial para su medicamento, generalmente significará que usted o su proveedor tendrán que dar algunos pasos adicionales para que nosotros cubramos dicho medicamento. Por ejemplo, es posible que su proveedor tenga que informarnos primero su diagnóstico o proporcionar los resultados de las pruebas de sangre. Si usted o su proveedor creen que nuestra regla no se aplica a su situación, debe pedirnos que hagamos una excepción. Después de una revisión, podríamos aceptar o no que use el medicamento sin los pasos adicionales.

Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9, Sección F, página 147.

1. Límites para el uso de medicamentos de marca si hay versiones genéricas

En general, un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca y generalmente cuesta menos. Si hay versión genérica de algún medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le darán la versión genérica.

- Generalmente, no pagaremos por el medicamento de marca si hay una versión genérica.
- Sin embargo, si su proveedor nos dio las razones médicas por las cuales el medicamento genérico no funcionará para usted, o escribió “Sin sustituciones” en su receta de un medicamento de marca,



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

o nos dio las razones médicas por las cuales ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma enfermedad funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca.

2. Cómo obtener una aprobación del plan por anticipado

Para ciertos medicamentos, usted, su médico u otro profesional que prescribe el medicamento debe obtener aprobación de Humana Gold Plus Integrated antes de surtir la receta. Si no obtiene la aprobación, es posible que Humana Gold Plus Integrated no cubra el medicamento.

3. Probar primero un medicamento diferente

En general, el plan quiere que usted pruebe medicamentos más baratos (los cuales muchas veces funcionan tan bien como otros medicamentos más caros) antes de cubrir los medicamentos más caros. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma enfermedad y el Medicamento A cuesta menos que el Medicamento B, es posible que el plan le pida que pruebe primero el Medicamento A.

Si el Medicamento A no funciona para usted, entonces el plan cubrirá el Medicamento B. Esto se llama terapia por fases.

4. Límites de cantidad

Limitamos la cantidad que usted podrá obtener de algunos medicamentos. Esto se llama “límite de cantidad”. Por ejemplo, el plan puede limitar qué cantidad de medicamento podrá recibir cada vez que surta su receta médica.

Para averiguar si alguna de estas reglas se aplica a algún medicamento que usted toma o quiere tomar, revise la Lista de medicamentos. Para obtener la información más reciente, llame al Departamento de Atención al Cliente o visite nuestro sitio web en [Humana.com/IllinoisGoldPlus2024Documents](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlus2024Documents).

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

Trataremos de que la cobertura de sus medicamentos funcione bien para usted. Sin embargo, a veces un medicamento podría no estar cubierto de la manera en que usted quisiera. Por ejemplo:

- El medicamento que usted quiere tomar no está cubierto por el plan. Tal vez el medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos. Podría estar cubierta una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que usted quiere. Un medicamento podría ser nuevo y tal vez no lo hayamos examinado para saber si es seguro y eficaz.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas o límites adicionales para la cobertura de ese medicamento. Como se explicó en la sección anterior, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas que limitan su uso. En ocasiones, usted podría preferir que, en su caso, hagamos una excepción a la regla.

Si su medicamento no está cubierto como a usted le gustaría, podemos hacer varias cosas.

D1. Cómo obtener un suministro temporal

En algunos casos, el plan podrá darle un suministro temporal de un medicamento, por ejemplo, si el



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos o si tiene algún límite. Esto le dará tiempo para hablar con su proveedor sobre cómo obtener un medicamento diferente o cómo pedirle al plan que cubra el medicamento.

Para obtener un suministro temporal de un medicamento, debe cumplir estas reglas:

1. El medicamento que ha estado tomando:

- ya no está incluido en la Lista de medicamentos del plan, o
- nunca estuvo incluido en la Lista de medicamentos del plan, o
- ahora tiene algún límite.

2. Debe estar en una de estas situaciones:

- Estaba en el plan el año pasado.
 - Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario.**
 - Este suministro temporal será de hasta 30 días.
 - Si su receta es para menos días, permitiremos varias repeticiones, para proporcionarle hasta un máximo de 30 días de medicamento. Debe surtir la receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias del cuidado a largo plazo le pueden proveer su medicamento recetados en cantidades pequeñas a la vez para evitar desperdicios.
- Es nuevo en el plan.
 - Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su participación en el plan.**
 - Este suministro temporal será de hasta 30 días.
 - Si su receta es para menos días, permitiremos varias repeticiones, para proporcionarle hasta un máximo de 30 días de medicamento. Debe surtir la receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias del cuidado a largo plazo le pueden proveer su medicamento recetados en cantidades pequeñas a la vez para evitar desperdicios.
- Ha estado en el plan por más de 90 días, vive en una institución de cuidado a largo plazo y necesita un suministro inmediatamente.
 - Cubriremos un suministro para 31 días, o menos si su receta es para menos días. Esto es además del suministro temporal descrito arriba.
 - Suministro de transición para afiliados actuales que cambian el tratamiento
 - Durante todo el año del plan, es posible que su tratamiento tenga cambios debido al nivel de cuidado que necesita. Entre esas transiciones se incluyen:
 - afiliados que cambian de un hospital o centro de enfermería especializado a atención domiciliaria;
 - afiliados que cambian de atención domiciliaria a un hospital o centro de enfermería



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

- especializado;
- afiliados que cambian de un centro de enfermería especializado a otro, atendido por una farmacia diferente;
 - afiliados que finalizan su estadía en un centro de enfermería especializada de la Parte A de Medicare (donde los pagos incluyen todos los cargos de farmacia) y deben comenzar a usar los beneficios del plan de la Parte D;
 - afiliados que salen de la categoría de hospicio para pacientes terminales y vuelven a la cobertura estándar de la Parte A y la Parte B de Medicare;
 - afiliados que salen de hospitales para enfermos psiquiátricos crónicos con regímenes de medicamentos altamente individualizados.
- Para pedir un suministro temporal de un medicamento, llame al Departamento de Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita.

Cuando reciba un suministro temporal de un medicamento, deberá hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se le termine. Sus opciones son:

- Puede cambiar de medicamento.

Puede haber un medicamento diferente cubierto por el plan que funcione para usted. Puede llamar a Departamento de Atención al Cliente para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma enfermedad. La lista le ayudará a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionarle a usted.

O

- Puede pedir una excepción.

Usted y su proveedor pueden pedir al plan que haga una excepción. Por ejemplo, puede pedir al plan que cubra un medicamento aunque no esté incluido en la Lista de medicamentos. O puede pedirle al plan que cubra el medicamento sin ponerle límites. Su proveedor puede ayudarle a pedir una excepción, si dicen que usted tiene razones médicas válidas para pedirla.

Si un medicamento que usted está tomando es eliminado de la Lista de medicamentos o se le pone algún límite para el año siguiente, le permitiremos pedir una excepción antes del año siguiente.

- Le avisaremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el año siguiente. Puede pedirnos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento como a usted le gustaría para el año siguiente.
- Responderemos a su pedido de una excepción a más tardar en 72 horas después de recibirlo (o el informe de su proveedor).

Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9, Sección F2, página 149.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, puede comunicarse con el Departamento de Atención al Cliente o con su coordinador de cuidado.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurre el 1° de enero, pero Humana Gold Plus Integrated podría añadir o retirar medicamentos en la Lista de medicamentos durante el año. También es posible que cambiemos las reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podemos hacer lo siguiente:

- decidir si se requiere o no la autorización previa (AP) o la aprobación para un medicamento. (AP es un permiso de Humana Gold Plus Integrated antes de que pueda obtener un medicamento).
- añadir o cambiar la cantidad que se puede obtener de un medicamento (denominado “límites de cantidad”);
- añadir o cambiar las restricciones de las terapias por fases para un medicamento. (Terapia por fases significa que debe probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).

Para obtener más información sobre estas reglas de medicamentos, consulte la Sección C anteriormente en este capítulo.

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

- aparezca un medicamento nuevo y más barato en el mercado que funcione tan bien como un medicamento en la Lista de medicamentos actual, **o**
- determinamos que un medicamento no es seguro, **o**
- un medicamento es eliminado del mercado.

Para obtener más información sobre qué ocurre cuando cambia la Lista de medicamentos, siempre puede:

- Consulte la lista actualizada de medicamentos de Humana Gold Plus Integrated en línea en **Humana.com/IllinoisGoldPlus2024Documents** **o**
- Llame a Atención al Cliente para consultar la lista de medicamentos actual al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita.

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

- **Un nuevo medicamento genérico está disponible.** A veces, un nuevo medicamento genérico sale al mercado que funciona tan bien como un medicamento de marca que existe en la Lista de medicamentos ahora. Cuando eso ocurre, podemos eliminar el medicamento de marca y agregar el nuevo medicamento genérico, pero su gasto para el medicamento nuevo seguirá siendo el mismo o menor.

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

- Es posible que no le informemos antes de hacer este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico cuando ocurra.
- Usted o su proveedor pueden pedir una “excepción” de estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos a seguir para solicitar una excepción. Consulte el Capítulo 9 de este manual.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated**.

- **Un medicamento se retira del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) dice que un medicamento que usted está tomando no es seguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, eliminamos el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando el medicamento, se lo haremos saber. Si no se le notifica, comuníquese con su médico prescriptor.

Es posible que hagamos otros cambios que puedan afectar los medicamentos que usted toma. Le informaremos por adelantado sobre estos cambios a la Lista de medicamentos. Estos cambios pueden ocurrir si:

- la FDA aprueba una nueva orientación o si hay nuevas pautas clínicas sobre un medicamento;
- añadimos un medicamento genérico nuevo en el mercado **y**
 - reemplazamos un medicamento de marca que está en la Lista de medicamentos actualmente; **o**
 - cambiamos las reglas de cobertura o los límites para el medicamento de marca.

Cuando estos cambios ocurran, haremos esto:

- informaremos por lo menos 30 días antes de hacer el cambio en la Lista de medicamentos **o**
- le avisaremos y le daremos un suministro para 30 días del medicamento después de que pida una repetición.

De esa forma tendrá un poco más de tiempo para hablar con su médico u otro profesional que prescribe el medicamento. Pueden ayudarlo a decidir:

- si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que pueda tomar en su lugar **o**
- si pide una excepción de estos cambios. Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9.

Es posible que realicemos cambios que no afecten los medicamentos que toma actualmente. Para dichos cambios, si está tomando un medicamento que cubrimos a **principios** de año, generalmente no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año.** Por ejemplo, si eliminamos un medicamento que está tomando o limitamos su uso, entonces el cambio no afectará su uso del medicamento por el resto del año.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. Si está en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una hospitalización cubierta por el plan

Si le admiten en un hospital o una institución de enfermería especializada durante una hospitalización cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante esa estancia. No tendrá que hacer ningún copago. Cuando salga del hospital o de la institución de enfermería especializada, el plan seguirá cubriendo sus medicamentos, siempre y cuando los medicamentos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura.

F2. Si está en una institución de cuidado a largo plazo

Generalmente, una institución de cuidado a largo plazo, como una institución de cuidado para personas de la tercera edad, tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos a sus residentes. Si está



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

viviendo en una institución de cuidado a largo plazo, podrá obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia de la institución, si la farmacia es parte de nuestra red.

Revise el *Directorio de proveedores y farmacias* para saber si la farmacia de su institución de cuidado a largo plazo es parte de nuestra red. Si no lo es o si necesita más información, comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente.

F3. Si está en un programa de hospicio certificado por Medicaid

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

- Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita algún medicamento para el dolor, contra las náuseas, un laxante o un medicamento contra la ansiedad que no esté cubierto por su hospicio, porque no tiene relación con su pronóstico médico terminal y enfermedades relativas, nuestro plan deberá recibir un aviso de la persona que recetó el medicamento o de su proveedor de hospicio, de que el medicamento no tiene relación con su enfermedad, antes que nuestro plan pueda cubrirlo.
- Para evitar retrasos para recibir cualquier medicamento sin relación con su enfermedad terminal que deba estar cubierto por nuestro plan, puede pedir a su proveedor de hospicio o la persona que recetó el medicamento que se asegure de darnos la notificación de que el medicamento no tiene relación con su enfermedad, antes de pedir a la farmacia que surta el medicamento.

Si deja el hospicio, nuestro plan deberá cubrir todos sus medicamentos. Para evitar retrasos en la farmacia cuando terminen sus beneficios de hospicio, deberá llevar a la farmacia documentos que prueben que usted abandonó el hospicio. Consulte las partes previas de este capítulo, que le cuentan las normas para obtener cobertura de medicamentos bajo la Parte D.

Para obtener más información sobre el beneficio de hospicio, lea el capítulo 4, Sección C, página 44.

G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos

G1. Programas para ayudar a los afiliados a usar medicamentos con cuidado

Cada vez que surta una receta, verificaremos que no haya problemas, como errores en los medicamentos o medicamentos que:

- posiblemente no sean necesarios porque usted esté tomando otro medicamento que funciona igual;
- podrían no ser seguros para su edad o sexo;
- podrían hacerle daño, si los toma al mismo tiempo;
- tiene ingredientes a los que usted es o podría ser alérgico;
- tiene cantidades inseguras de medicamentos opioides para el dolor.

Si detectamos un posible problema en su uso de medicamentos recetados, nos comunicaremos con su proveedor de cuidado para corregir el problema.

G2. Programas para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos

Si toma medicamentos para enfermedades diferentes y/o se encuentra en un Programa de administración de medicamentos que le ayuda a usar de manera segura sus medicamentos opioides, podría ser elegible para recibir servicios, sin costo para usted, a través de un programa de administración de terapia de medicamentos



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

(MTM, por sus siglas en inglés). Este programa le ayuda a usted y a su proveedor a garantizar que sus medicamentos funcionen para mejorar su salud. Si es elegible para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud harán una revisión completa de todos sus medicamentos y le hablarán sobre:

- cómo obtener los mejores beneficios de los medicamentos que toma;
- cualquier inquietud que tenga, como los costos de los medicamentos y sus reacciones;
- cómo tomar mejor sus medicamentos;
- cualquier pregunta o problema que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta sin receta.

Recibirá un resumen de esta conversación. El resumen contiene un plan de acción de medicamentos, que recomienda lo que puede hacer para beneficiarse al máximo de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos personales, que incluirá todos los medicamentos que toma y por qué los toma. También recibirá información sobre cómo desechar de manera segura los medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Sería una buena idea programar una revisión de sus medicamentos antes de su examen anual de bienestar, para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve el plan de acción y la lista de medicamentos a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos u otros proveedores de cuidado de salud. Lleve también su lista de medicamentos si va al hospital o a la sala de emergencias.

Los programas de administración de terapia de medicamentos son voluntarios y gratuitos para los afiliados elegibles. Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, le inscribiremos en el programa y le enviaremos la información. Si no quiere estar en el programa, avísenos y lo retiraremos.

Si tiene preguntas sobre estos programas, comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente o con su coordinador de cuidado.

G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los afiliados a usar sus medicamentos opioides de manera segura

Humana Gold Plus Integrated tiene un programa que ayuda a los afiliados a usar de manera segura sus medicamentos opioides y otros medicamentos que con frecuencia se usan de manera incorrecta. Este servicio se llama el Programa de administración de medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés).

Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias o si tuvo una sobredosis de opioides recientemente, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos que su uso de medicamentos opioides es apropiado y necesario por razones médicas. Si al trabajar con sus médicos decidimos que usted no está usando los medicamentos opioides recetados de manera segura, es posible que limitemos la forma en que obtiene esos medicamentos. Las limitaciones pueden incluir:

- requerirle que obtenga todas las recetas de esos medicamentos **de una farmacia específica y/o de un médico específico**
- **limitando la cantidad** de esos medicamentos que le cubriremos.

Si creemos que deben aplicarse una o más de las limitaciones, le mandaremos una carta por adelantado. La carta le dirá si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted, o si se le pedirá que obtenga las recetas de estos medicamentos solo de un proveedor o farmacia específica.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar y cualquier información que crea que es importante que sepamos. Si decidimos limitar su cobertura de estos medicamentos después de que haya tenido la oportunidad de responder, le enviaremos otra carta para confirmar las limitaciones.

Si piensa que hemos cometido un error, no está de acuerdo con que usted esté en riesgo de uso incorrecto de medicamentos recetados, o no está de acuerdo con la limitación, usted y su médico recetador pueden presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le informaremos nuestra decisión. Si continuamos negando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones para acceder a estos medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a una entidad de revisión independiente (IRE, por sus siglas en inglés). (Para saber cómo presentar una apelación y obtener más información sobre la IRE, lea el Capítulo 9, Sección C, página 132).

Es posible que el programa de administración de medicamentos no se aplique si usted:

- tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer o anemia de células falciformes,
- está recibiendo cuidado de hospicio, paliativo o cuidado al final de la vida **o**
- vive en una institución de cuidado a largo plazo.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

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

Introducción

Este capítulo habla de lo que usted paga por sus medicamentos recetados de paciente externo. Cuando hablamos de “medicamentos” queremos decir:

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

Por ser elegible para Medicaid, usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para ayudar a pagar sus costos del plan de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

Ayuda adicional es un programa de Medicare que ayuda a personas de ingresos y recursos limitados reducir sus gastos de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles, y copagos. Ayuda adicional también recibe el nombre de “Subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

Otros términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del afiliado*.

Para saber más sobre los medicamentos recetados, puede leer:

- La *Lista de medicamentos cubiertos* del plan.
 - Le llamamos la “Lista de medicamentos”. Le informa:
 - los medicamentos para los cuales paga el plan;
 - en cuál de los cuatro niveles está cada medicamento;
 - si hay algún límite para los medicamentos.
 - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame al Departamento de Atención al Cliente. También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en **Humana.com/IllinoisGoldPlus2024Documents**. La Lista de medicamentos del sitio web es siempre la más actual.
- El Capítulo 5 de este *Manual del afiliado*.
 - En el Capítulo 5, Sección Introducción, página 94, se explica cómo obtener medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través del plan.
 - Contiene las reglas que debe seguir. También le dice qué tipos de medicamentos recetados no están cubiertos por nuestro plan.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated**.

- El *Directorio de proveedores y farmacias* del plan:
 - En la mayoría de los casos, deberá usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que aceptaron trabajar con nuestro plan.
 - El *Directorio de proveedores y farmacias* contiene una lista de las farmacias de la red. Puede leer más sobre las farmacias de la red en el Capítulo 5, Sección A, página 94. 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 se proporciona en “tiempo real”, lo que significa que el costo que se muestra en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar una estimación de los gastos de desembolso personal que se espera que pague. Puede llamar a Servicios para afiliados para obtener más información.

Índice

A. La explicación de beneficios	109
B. Cómo llevar la cuenta de los costos de sus medicamentos	110
C. No debe pagar nada por un suministro de medicamentos que recibe por un mes o a largo plazo	111
C1. Los niveles del plan	111
C2. Sus opciones de farmacias	111
C3. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento	111
C4. Lo que usted paga	111
D. Vacunas	112
D1. Lo que debe saber antes de vacunarse	113

A. La explicación de beneficios

Nuestro plan lleva un registro de sus medicamentos recetados. Llevamos el registro de dos tipos de costos:

- Sus **costos de desembolso personal**. Ésta es la cantidad de dinero que usted o un tercero pagan en su nombre por sus medicamentos recetados.
- Sus **costos totales de medicamentos**. Es la cantidad de dinero que usted o un tercero pagan en su nombre por sus medicamentos recetados, más la cantidad que paga el plan.

Cuando recibe medicamentos recetados a través del plan, le enviamos un informe llamado *Explicación de beneficios*. Lo llamamos EOB para abreviar. La EOB ofrece más información sobre los medicamentos que toma. La Explicación de beneficios incluye:

- **Información del mes**. El resumen indica qué medicamentos recetados recibió durante el mes anterior. Muestra el total de los costos por medicamento, cuánto ha pagado el plan y cuánto ha pagado usted y los terceros que pagan por usted.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

- **Información “de lo que va del año”.** Es el costo total de sus medicamentos y el total de los pagos desde el 1° de enero.

Ofrecemos cobertura de los medicamentos que no cubre Medicare.

- Los pagos por estos medicamentos no cuentan para el total de sus costos de desembolso personal.
- Para ver qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte la Lista de medicamentos.

B. Cómo llevar la cuenta de los costos de sus medicamentos

Para llevar la cuenta de sus costos de medicamentos y los pagos que ha hecho, usamos los registros que obtenemos de usted y de su farmacia. Cómo nos puede ayudar:

1. Use su Tarjeta de identificación de afiliado del plan.

Muestre su Tarjeta de identificación de afiliado del plan cada vez que surta una receta. Esto nos ayudará a saber qué medicamentos surte y cuánto paga.

2. Asegúrese que tengamos la información que necesitamos.

Envíenos copias de los recibos de los medicamentos por los que haya pagado. Puede pedirnos que le devolvamos lo que pagó por el medicamento.

Éstas son algunas de las veces en que deberá enviarnos copias de sus recibos:

- cuando compre un medicamento cubierto en una farmacia de la red, a un precio especial o usando una tarjeta de descuento que no sea parte de los beneficios de nuestro plan;
- cuando haga un copago por medicamentos que obtenga con un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos
- cuando compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red;
- cuando pague el precio completo por un medicamento cubierto.

Para saber cómo pedirnos que le devolvamos lo que pagó por un medicamento, consulte el Capítulo 7, Sección B, página 116.

3. Envíenos la información sobre los pagos que algún tercero haya hecho por usted.

Los pagos hechos por otras personas y organizaciones también cuentan para sus costos de desembolso personal. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA, el Servicio de Salud para Indígenas (IHS) y la mayoría de las organizaciones caritativas, cuentan para sus costos de desembolso personal.

4. Consulte las EOB que le enviamos.

Cuando reciba por correo una EOB, asegúrese de que esté completa y sea la correcta. Si le parece que algo está equivocado o que algo falta en el informe o si tiene alguna pregunta, por favor llame al Departamento de Atención al Cliente. Asegúrese de guardar estas EOB. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

C. No debe pagar nada por un suministro de medicamentos que recibe por un mes o a largo plazo

Con Humana Gold Plus Integrated, no debe pagar nada por medicamentos cubiertos, siempre y cuando siga las reglas del plan.

C1. Los niveles del plan

Los niveles son grupos de medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan está en alguno de los cuatro niveles. No tiene copagos por medicamentos recetados o de venta sin receta (OTC) de la Lista de medicamentos de Humana Gold Plus Integrated. Lea la Lista de medicamentos para ver en qué nivel están sus medicamentos.

- Los medicamentos del Nivel 1 son medicamentos genéricos y tienen un copago de \$0.
- Los medicamentos del Nivel 2 son medicamentos de marca y tienen un copago de \$0.
- Los medicamentos del nivel 3 medicamentos recetados no incluidos en Medicare y tienen un copago de \$0.
- Los medicamentos del nivel 4 son medicamentos de venta sin receta (OTC) y tienen un copago de \$0.

Necesitará una receta de su proveedor para obtener cualquier medicamento cubierto de nuestra lista de medicamentos, independientemente del nivel en que se encuentre.

C2. Sus opciones de farmacias

La cantidad que pague por un medicamento depende de si lo recibe de:

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

En casos limitados, cubrimos las recetas que se surtan en farmacias fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección A, página 94 para saber cuándo lo haremos.

Para saber más sobre las opciones de farmacias, lea el Capítulo 5, Sección A, página 94 de este manual y el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.

C3. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) cuando surta su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro para 90 días. Un suministro a largo plazo no tiene costo para usted.

Para obtener información sobre dónde y cómo obtener un suministro extendido para un medicamento, consulte el Capítulo 5, Sección C, página 99 o el *Directorio de proveedores y farmacias*.

C4. Lo que usted paga

Puede comunicarse con el Departamento de Atención al Cliente para ver cuál es el copago de cualquier medicamento cubierto.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

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

	Una farmacia de la red Un suministro por un mes o hasta por 90 días	El servicio de pedidos por correo del plan Un suministro por un mes o hasta por 90 días	Una farmacia de cuidado a largo plazo de la red Un suministro hasta por 31 días	Una farmacia fuera de la red Un suministro hasta por 30 días. La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5, página 92 para obtener más información.
Nivel 1 (medicamentos genéricos)	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 (medicamentos de marca)	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 3 (medicamentos recetados no incluidos en Medicare)	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 4 (medicamentos de venta sin receta no incluidos en Medicare)	\$0	\$0	\$0	\$0

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

D. Vacunas

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en el *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D de Medicare sin costo alguno para usted. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* o comuníquese con Servicios para afiliados para obtener detalles de cobertura y costos compartidos sobre vacunas específicas.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

There are two parts to our coverage of Medicare Part D vaccinations:

Nuestra cobertura de las vacunas de la Parte D de Medicare tiene dos partes:

1. La primera parte de la cobertura es por el costo **de la vacuna misma**. La vacuna es un medicamento recetado.
2. La segunda parte de la cobertura es el costo de **aplicarle la vacuna**. Por ejemplo, a veces puede recibir la vacuna como una inyección que le pone su médico.

D1. Lo que debe saber antes de vacunarse

Le recomendamos que llame antes al Departamento de Atención al Cliente cada vez que piense obtener una vacuna.

- Podremos decirle cómo cubre su vacuna nuestro plan.
- Podemos decirle cómo mantener bajos sus costos al usar proveedores y farmacias de la red. Las *farmacias de la red* son farmacias que aceptaron trabajar con nuestro plan. Un *proveedor de la red* es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Un proveedor de la red deberá trabajar con Humana Gold Plus Integrated para asegurarse de que no tenga costos iniciales por una vacuna de la Parte D.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

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

Introducción

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

Índice

A. Cómo pedir que paguemos por sus servicios o medicamentos	114
B. Cómo enviar una solicitud de pago.....	116
C. Decisiones de cobertura.....	117
D. Apelaciones	117

A. Cómo pedir que paguemos por sus servicios o medicamentos

No debería recibir facturas por servicios o medicamentos recibidos dentro de la red. Nuestros proveedores de la red deben enviar al plan de salud las facturas por los servicios o medicamentos que usted ya haya recibido. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

Si recibe una factura por servicios de cuidado de salud o medicamentos, envíenos la factura. Para enviarnos una factura, consulte la Sección B, página 116.

- Si los servicios o medicamentos están cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor.
- Si los servicios o medicamentos están cubiertos y usted ya pagó la factura, tiene derecho a que le devuelvan lo que haya pagado.
- Si los servicios o medicamentos no están cubiertos, le avisaremos.

Si tiene preguntas, comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente o con su coordinador de cuidado. Si recibe una factura y no sabe qué hacer, podemos ayudarle. También puede llamarnos si desea darnos información relacionada con un pedido de pago que ya nos envió.

Estos son algunos ejemplos de casos en los que podría pedirle a nuestro plan que le devuelva un pago que ya hizo o que le pague una factura que haya recibido:



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

1. Si recibe cuidado médico en casos de emergencia o cuidado de salud necesario de urgencia de un proveedor fuera de la red

Debe pedir al proveedor que le cobre al plan.

- Si paga la cantidad total al recibir el cuidado de salud, pídanos devolverle su dinero. Envíenos la factura y prueba de todos los pagos que haya hecho.
- Si recibe una factura del proveedor pidiendo un pago que usted cree que no debe. Envíenos la factura y prueba de todos los pagos que haya hecho.
 - Si se le debe pagar al proveedor, se lo pagaremos directamente.
 - Si usted ya pagó el servicio, le devolveremos el dinero.

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

Los proveedores de la red siempre deben enviar las facturas al plan. Muestre su tarjeta de identificación del afiliado de Humana Gold Plus Integrated cuando obtenga servicios o recetas. La facturación incorrecta/inadecuada se produce cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura más que la cantidad de costo compartido del plan por sus servicios. **Llame al Departamento de Atención al Cliente si tiene alguna factura.**

- Como Humana Gold Plus Integrated paga el costo total de sus servicios, usted no es responsable de pagar ningún costo. Los proveedores no deberían cobrarle nada por estos servicios.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema.
- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura y prueba de todos los pagos que haya hecho. Le devolveremos lo que haya pagado por sus servicios cubiertos.

3. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para que le surtan una receta

Si usa una farmacia fuera de la red, tendrá que pagar el costo total de su receta.

- Solo en algunos casos, cubriremos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida la devolución de lo que haya pagado.
- Consulte el Capítulo 5, Sección A, página 94 para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.

4. Cuando pague el costo total de una receta porque no tiene su tarjeta de identificación del afiliado con usted

Si no tiene su tarjeta de identificación del afiliado de Humana Gold Plus Integrated a su lado, puede solicitar a la farmacia que llame al plan o que busque la información de inscripción en su plan.

- Si la farmacia no puede obtener de inmediato la información que necesita, tal vez usted tenga que pagar el costo total de la receta.
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida la devolución de lo que haya pagado.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

5. Cuando pague el costo total de una receta para un medicamento que no está cubierto

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

- Tal vez el medicamento no esté en la *Lista de medicamentos cubiertos* (la Lista de medicamentos) del plan o podría tener un requisito o restricción que usted desconocía o no cree que se aplique a usted. Si decide obtener el medicamento, es posible que usted tenga que pagar el costo total.
 - Si usted no paga el medicamento pero considera que debería estar cubierto, puede solicitar una decisión sobre la cobertura, consulte el Capítulo 7, Sección C, página 117.
 - Si usted y su médico u otra persona que emita la receta creen que necesita el medicamento de inmediato, puede solicitar una decisión rápida sobre la cobertura, consulte el Capítulo 9, sección F, página 147.
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le devolvamos lo que pagó. En algunos casos, podríamos necesitar más información de su médico u otro proveedor para poder devolverle lo que pagó por el medicamento.

Cuando nos pida que le paguemos, revisaremos su pedido y decidiremos si debemos cubrir el servicio o el medicamento. Esto se llama tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que se debe cubrir, pagaremos el servicio o medicamento. Si rechazamos su pedido de pago, puede apelar nuestra decisión.

Para saber cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección F1, página 147.

B. Cómo enviar una solicitud de pago

Envíenos la factura y una prueba de todos los pagos que haya hecho. La prueba de pago puede ser una copia del cheque que extendió o un recibo del proveedor. **Es una buena idea hacer copias de las facturas y los recibos para sus registros.** Puede pedir ayuda a su coordinador de cuidado.

Para asegurarse de darnos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamación para hacer su pedido de pago.

- No tiene que usar el formulario pero, si lo hace, nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Puede obtener una copia del formulario en nuestro sitio web **Humana.com/IllinoisGoldPlus2024Documents** o puede llamar a Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del centro y solicite el formulario. La llamada es gratuita.

Envíe por correo su solicitud de pago junto con las facturas o recibos correspondientes a la siguiente dirección:

CenterWell Pharmacy
P.O. Box 14140
Lexington, KY 40512-4140
O por fax al 1-866-754-5362

Debe enviarnos su reclamación dentro de 90 días de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibamos su pedido de pago, tomaremos una decisión de cobertura. Esto significa que vamos a decidir si sus servicios o medicamento están cubiertos por el plan. También decidiremos la cantidad que tiene que pagar, si es que debe pagar algo, por el servicio o el medicamento.

- Si necesitamos que nos dé más información, le avisaremos.
- Si decidimos que el servicio o medicamento está cubierto y que siguió las reglas para obtenerlo, lo pagaremos. Si ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo un cheque por nuestra parte del costo. Si todavía no ha pagado por el servicio o el medicamento, le pagaremos directamente al proveedor.

En el Capítulo 3, página 24 se explican las reglas para obtener los servicios cubiertos. En el Capítulo 5, página 92 se explican las reglas para obtener cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

- Si decidimos no pagar por el servicio o medicamento, le enviaremos una carta explicándole el motivo. En la carta también se le explicará su derecho a presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones sobre la cobertura, consulte el Capítulo 9, Sección D, página 132.

D. Apelaciones

Si le parece que nos equivocamos al rechazar su pedido de pago, puede pedirnos que cambiemos nuestra decisión. A esto se le llama apelar. También puede apelar si no está de acuerdo con la cantidad que pagamos.

El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límites importantes. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9, Sección D, página 132.

- Si desea presentar una apelación para que le devolvamos lo que pagó por un servicio de cuidado de la salud, consulte el la página 142.
- Si desea presentar una apelación para que le devolvamos el dinero que pagó por un medicamento, consulte el la página 146.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

En este capítulo encontrará sus derechos y responsabilidades como afiliado del plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del afiliado*.

Índice

A. Tiene derecho a obtener servicios e información de una manera que se adapte a sus necesidades . . .	119
B. Nuestra responsabilidad de asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos.	119
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información personal de salud (PHI)	120
C1. Cómo protegemos su información de salud personal.	120
C2. Tiene derecho a ver sus expedientes médicos	121
D. Nuestra responsabilidad de darle información sobre el plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos.	121
E. Los proveedores de la red no deben cobrarle directamente a usted.	122
F. Su derecho a retirarse del plan.	122
G. Su derecho a tomar decisiones sobre su cuidado de la salud.	123
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a decidir sobre su cuidado de salud.	123
G2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda si no puede tomar decisiones sobre el cuidado de la salud usted mismo.	124
G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones	125
H. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos decisiones que ya tomamos.	125
H1. Qué debe hacer si cree que está recibiendo un trato injusto o quiere más información sobre sus derechos	125
I. Sus responsabilidades como afiliado del plan.	126



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

A. Tiene derecho a obtener servicios e información de una manera que se adapte a sus necesidades

Nos aseguramos de que todos los servicios se le proporcionen de una manera culturalmente competente y accesible. También debemos informarle sobre los beneficios del plan y sus derechos, de una manera que pueda entender. Le informaremos sobre sus derechos al afiliarse a nuestro plan cada año.

- Para obtener información de una forma que pueda comprender, llame a Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas en diferentes idiomas. La llamada es gratuita.
- Nuestro plan también puede proporcionarle sus materiales en otros idiomas, además de inglés, y en formatos tales como letra grande, Braille o audio. Ofrecemos materiales en español a solicitud. Puede hacer una solicitud permanente para recibir los materiales, ahora y en el futuro, en otro idioma que no sea inglés. Mantendremos su idioma preferido que no sea inglés o formato alternativo para futuros correos y comunicaciones. No será necesario que realice una solicitud distinta cada vez. Si desea cambiar su solicitud permanente, llame a Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita.
- Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas de lenguaje o una discapacidad y desea presentar una queja, llame a:
 - Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
 - Puede presentar una queja ante 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 o TTY 1-800-537-7697.

B. Nuestra responsabilidad de asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Como afiliado de nuestro plan, estos son sus derechos:

- Tiene derecho a elegir a su proveedor de cuidado primario (PCP) en la red del plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Puede encontrar más información sobre cómo elegir un PCP en el Capítulo 3, página 28.
 - Llame al Departamento de Atención al Cliente o busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* para saber más sobre los proveedores de red y qué médicos están aceptando pacientes nuevos.
- Tiene derecho a utilizar un especialista en salud para la mujer sin necesidad de un referido. Un referido es la aprobación de su PCP para usar a alguien que no sea su PCP.
- Tiene derecho a obtener servicios cubiertos de proveedores de la red en un tiempo razonable.
 - Esto incluye el derecho a obtener servicios oportunos de especialistas.
 - Si no puede recibir servicios dentro de un plazo razonable, tenemos que pagar por el cuidado fuera de la red.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

- Tiene derecho a recibir servicios de emergencia o cuidado que se necesita con urgencia sin aprobación previa (AP).
- Tiene derecho a que sus recetas sean surtidas sin demoras largas en cualquiera de las farmacias de nuestra red.
- Tiene derecho a saber cuándo puede ver a un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el Capítulo 3, Sección D, página 28.

En el Capítulo 9, Sección J, página 168, se explica lo que puede hacer si cree que no está recibiendo sus servicios o medicamentos dentro de un tiempo razonable. En el Capítulo 9, Sección E, página 135, también se explica lo que puede hacer si le negamos cobertura para sus servicios o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión.

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

Nosotros protegemos su información de salud personal (PHI, por sus siglas en inglés) tal como lo exigen las leyes federales y estatales.

Su información de salud personal incluye la información que nos dio cuando se inscribió en este plan. También incluye sus expedientes médicos y otra información médica y de salud.

Usted tiene derechos relacionados con su información y para controlar cómo se utiliza su PHI. Le enviaremos un aviso por escrito para informarle sobre estos derechos. Este aviso se llama “Aviso de prácticas de privacidad”. En el aviso también se explica la forma en que protegemos la privacidad de su información de salud personal.

C1. Cómo protegemos su información de salud personal

Nos aseguramos de que ninguna persona sin autorización vea ni cambie sus expedientes.

A excepción de los casos que se indican a continuación, no damos su PHI a nadie que no esté brindando su cuidado o pagando por su cuidado. Si lo hacemos, estamos obligados a obtener primero su permiso por escrito. El permiso por escrito puede darlo usted u otra persona que tenga el poder legal para tomar decisiones en su nombre.

Hay algunos casos en los que no tenemos que obtener primero su permiso por escrito. La ley permite o exige estas excepciones.

- Debemos revelar la información de salud personal a instituciones gubernamentales que estén verificando la calidad de nuestro cuidado.
- Debemos darle su información de salud personal a Medicare. Si Medicare revela su información de salud personal con fines de investigación u otros fines, se hará de acuerdo con las Leyes federales.

Humana Gold Plus Integrated está trabajando con el estado de Illinois para detener nuevos casos de VIH. El Departamento de Salud Pública de Illinois está compartiendo los datos que tiene sobre el VIH con Medicaid de Illinois y las organizaciones de cuidado administrado de Medicaid de Illinois para brindar un mejor cuidado a las personas que tienen VIH. Se comparten de manera segura el nombre, la fecha de nacimiento, el número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés), el estado del VIH y otra información para todos los afiliados de Medicaid.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

C2. Tiene derecho a ver sus expedientes médicos

Tiene derecho a ver sus expedientes médicos y a obtener una copia de los mismos. Se nos permite cobrarle por hacer una copia de sus expedientes médicos.

Tiene derecho a pedirnos que actualicemos o corrijamos sus expedientes médicos. Si nos pide hacerlo, trabajaremos con su proveedor de cuidado de salud para decidir si se deben hacer los cambios.

Tiene derecho a saber si su información de salud personal ha sido compartida con otros y cómo se ha hecho.

Si tiene preguntas o inquietudes acerca de la privacidad de su PHI, llame al Departamento de Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita.

Para obtener más información sobre las prácticas de privacidad, consulte el Capítulo 11, Sección D, página 181.

D. Nuestra responsabilidad de darle información sobre el plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos

Como afiliado de Humana Gold Plus Integrated, usted tiene derecho a que le demos información. Si no habla inglés, tenemos servicios gratuitos de intérpretes para responder a cualquier pregunta que usted pudiera tener sobre nuestro plan de salud. Para obtener un intérprete, llámenos al 1-800-787-3311 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. Este servicio es gratuito. Puede comunicarse con Humana Gold Plus Integrated para solicitar materiales del plan en cualquier idioma. Tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada fuera del horario normal de trabajo, los fines de semana y los días festivos. Deje su nombre y número de teléfono y le devolveremos la llamada antes del final del siguiente día hábil. Visite **MyHumana.com** para tener acceso las 24 horas a información como la historia de reclamaciones, la elegibilidad y la lista de medicamentos de Humana. Allí también puede utilizar el buscador de médicos y obtener noticias e información de salud. También le podemos dar información sin costo en letras grandes, Braille o audio. Puede solicitar formatos alternativos llamando al Departamento de Atención al Cliente.

Es importante que entienda que antes de poder proporcionarle un servicio o medicamento, debemos asegurarnos de que usted necesita dicho servicio o medicamento y de que es médicamente correcto para usted. Esto se denomina control de la utilización. Para hacerlo, examinamos su historia clínica y la información de su doctor o de otros proveedores de cuidado médico. Después decidimos si ese servicio es bueno para usted. No se dan recompensas a los médicos u otros proveedores o personas encargadas del cuidado de la salud que toman esas decisiones, ni por negar cobertura de servicios. Cualquier recompensa para esas personas que toman decisiones no promueve decisiones que tengan como resultado un uso menor de los servicios.

Si desea obtener información sobre alguno de los siguientes temas, llame al Departamento de Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita.

- Cómo elegir o cambiar de plan
- Nuestro plan, incluso:
 - Información financiera



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated**.

- Cómo ha sido calificado el plan por los afiliados del plan
- Cuántas apelaciones han hecho los afiliados
- Cómo retirarse del plan
- Nuestros proveedores de la red y las farmacias de nuestra red, incluso:
 - Cómo elegir o cambiar sus proveedores de cuidado primario
 - Certificaciones de nuestros proveedores y farmacias de nuestra red
 - Cómo pagamos a los proveedores de nuestra red
 - Una lista de proveedores y farmacias en la red del plan, en el *Directorio de proveedores y farmacias*. Para obtener información más detallada acerca de nuestros proveedores o farmacias, llame al Departamento de Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita, o visite nuestro sitio web en **Humana.com/IllinoisGoldPlus2024Directories**.
- Servicios cubiertos y medicamentos (consulte los Capítulos 5 y 6) y sobre las reglas que debe seguir, que incluyen:
 - Los servicios (consulte los Capítulos 3 y 4) y medicamentos cubiertos por el plan
 - Los límites de su cobertura y de sus medicamentos
 - Las reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos
- Por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto (consulte el Capítulo 9), incluso pedirnos que lo hagamos:
 - Explicar por escrito por qué el medicamento o servicio no está cubierto
 - Cambiar una decisión que hayamos tomado
 - Pagar una factura que usted recibió

E. Los proveedores de la red no deben cobrarle directamente a usted

Los médicos, hospitales y otros proveedores no pueden hacer que usted pague por los servicios cubiertos. Tampoco pueden cobrarle a usted si les pagamos menos de lo que nos cobraron. Para saber qué hacer si un proveedor de la red trata de cobrarle por los servicios cubiertos, consulte el Capítulo 7, Sección A, página 114.

F. Su derecho a retirarse del plan

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

- Si se retira de nuestro plan, continuará participando en los programas de Medicare y Medicaid, siempre y cuando sea elegible.
- Tiene derecho a recibir sus beneficios de Medicare a través de:
 - Un plan diferente de Medicare-Medicaid



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated**.

- Medicare original
- Un plan de Medicare Advantage
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare de:
 - Un plan diferente de Medicare-Medicaid
 - Un plan de medicamentos recetados
 - Un plan de Medicare Advantage
- Consulte el Capítulo 10, Sección D1, página 174 para obtener más información sobre cuándo puede unirse a un nuevo plan de beneficios de Medicare Advantage o de medicamentos recetados.
- Puede obtener sus beneficios de Medicaid a través de:
 - Un plan diferente de Medicare-Medicaid
 - Un plan de cargo por servicio de Medicaid o el programa de Servicios y respaldos a largo plazo administrados (MLTSS)

NOTA: Si está recibiendo cuidado a largo plazo o exenciones para recibir servicios en el hogar y en la comunidad, debe permanecer en nuestro plan o elegir otro plan que reciba sus servicios y respaldos a largo plazo.

- Para elegir un plan de servicios y respaldos administrados a largo plazo (MLTSS, por sus siglas en inglés) de HealthChoice Illinois, puede llamar al Servicio de Inscripción de Cliente de Illinois (Illinois Client Enrollment Services) al 1-877-912-8880 de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. hora del centro. TTY 1-866-565-8576. Dígalos que quiere dejar el plan Humana Gold Plus Integrated e integrarse a un plan de servicios y respaldos administrados a largo plazo (MLTSS) de HealthChoice Illinois, Si no selecciona un plan de salud, se le asignará al plan HealthChoice Illinois MLTSS de nuestra compañía. Consulte el Capítulo 10 para obtener más información.

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

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a decidir sobre su cuidado de salud

Usted tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de cuidado médico. Sus proveedores deben explicarle su enfermedad y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda entender. Tiene el derecho a:

- **Conocer sus opciones.** Tiene derecho a que se le informe sobre todos los tipos de tratamiento.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen sobre los riesgos que tienen sus servicios o tratamientos. Se le debe avisar por anticipado si cualquiera de sus servicios o tratamientos son parte de un experimento de investigación. Tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda opinión.** Tiene derecho a recurrir a otro médico antes de decidir sobre el tratamiento.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

- **Decir que “no”.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otra institución médica, incluso si su doctor le aconseja que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar un medicamento. Si rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento, no lo quitarán del plan. No obstante, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, deberá aceptar toda la responsabilidad por lo que le ocurra.
- **Pedirnos que le expliquemos por qué un proveedor le negó el cuidado.** Tiene derecho a que le demos una explicación si un proveedor le negó un cuidado que usted cree que debería recibir.
- **Pedirnos que cubramos un servicio o medicamento que le fue negado o que normalmente no está cubierto.** Esto se llama “decisión de cobertura”. En el Capítulo 9, Sección D2, página 133, se explica cómo solicitar al plan una decisión sobre la cobertura.

G2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda si no puede tomar decisiones sobre el cuidado de la salud usted mismo

A veces las personas no pueden tomar decisiones sobre el cuidado de salud por sí mismas. Antes de que esto suceda, usted puede:

- Llenar un formulario por escrito para **darle a otra persona derecho a tomar decisiones sobre su cuidado de salud en su nombre.**
- **Darle a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo quiere que administren su cuidado de salud si usted no puede tomar decisiones.

El documento legal que puede usar para dar sus instrucciones se llama instrucción anticipada. Hay diferentes tipos de instrucciones anticipadas, que tienen diferentes nombres. Algunos ejemplos son un testamento en vida y un poder legal para cuidado de la salud. Para obtener más información sobre las instrucciones anticipadas en Illinois, utilice el sitio web del Departamento de Salud Pública de Illinois en: www.idph.state.il.us/public/books/advin.htm.

No tiene que usar una instrucción anticipada, pero puede hacerlo si lo desea. Esto es lo que tiene que hacer:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de su médico, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Es posible que las organizaciones que informan a la gente sobre Medicare o Medicaid (como el Departamento de Salud Pública de Illinois (IDPH), el Departamento para el Adulto Mayor de Illinois (IDoA) y las Organizaciones para la Tercera Edad de Área) también tengan formularios de instrucciones anticipadas. También puede comunicarse con el Departamento de Atención al Cliente para pedir los formularios.
- **Llene y firme el formulario.** El formulario es un documento legal. Debería considerar pedirle a un abogado que le ayude a llenarlo.
- **Entregue copias a las personas que tienen que saber sobre el formulario.** Debería darle una copia del formulario a su médico. También debería darle una copia a la persona que nombre para tomar decisiones por usted. Es posible que también quiera darles copias a sus amigos cercanos o a miembros de su familia. Conserve una copia en su casa.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

- **Humana Gold Plus Integrated guardará el formulario completado en su expediente médico.** Humana Gold Plus Integrated no puede, como condición para darle tratamiento, exigirle que complete una instrucción anticipada o que renuncie a ella.
- Si lo van a hospitalizar y firmó una instrucción anticipada, **lleve una copia al hospital.**

En el hospital le preguntarán si firmó un formulario de instrucción anticipada y si lo tiene con usted.

Si no firmó un formulario de instrucción anticipada, en el hospital tienen formularios disponibles y le preguntarán si quiere firmar uno.

Recuerde: hacer una instrucción anticipada es una decisión suya.

G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones

Si firmó una instrucción anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las directivas que contiene, puede presentar una queja llamando a la Línea directa de ayuda para personas de la tercera edad al 1-800-252-8966, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m. TTY 1-888-206-1327. La llamada es gratuita.

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

En el Capítulo 9, Sección A, página 130, se explica lo que puede hacer si tiene problemas o inquietudes sobre los servicios o los cuidados cubiertos. Por ejemplo, podría pedirnos tomar una decisión de cobertura, presentar una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja.

Tiene derecho a obtener información sobre apelaciones y quejas que otros afiliados hayan presentado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame al Departamento de Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita.

H1. Qué debe hacer si cree que está recibiendo un trato injusto o quiere más información sobre sus derechos

Si cree que recibió un trato injusto, y **no** se trata de discriminación por las razones indicadas en el capítulo 11 de este manual o quiere más información sobre sus derechos, puede obtener ayuda, llamando a:

- Departamento de Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita.
- Programa de seguros de salud para personas de la tercera edad al 1-800-252-8966, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. TTY 1-888-206-1327. La llamada es gratuita. Para obtener detalles acerca de esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección E, página 17.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede leer o descargar “Derechos y protecciones de Medicare”, que se encuentra en el sitio web de Medicare en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
- La Línea de ayuda para personas de la tercera edad al 1-800-252-8966, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327. La llamada es gratuita.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

I. Sus responsabilidades como afiliado del plan

Como afiliado del plan, tiene la responsabilidad de hacer lo que se indica a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Atención al Cliente.

- **Lea el *Manual del afiliado*** para saber qué está cubierto y qué reglas debe seguir para obtener los servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener detalles sobre sus:
 - Servicios cubiertos, consulte el Capítulo 3, Sección A, página 26 y el Capítulo 4, Sección C, página 44. En esos capítulos se explica qué está cubierto, qué no está cubierto, qué reglas debe seguir y qué pagará usted.
 - Medicamentos cubiertos, consulte el Capítulo 5, Sección B, página 97 y el Capítulo 6, Sección Introducción, página 114.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura de salud o para medicamentos recetados** que tenga. Estamos obligados a asegurarnos de que esté usando todas sus opciones de cobertura cuando reciba cuidado de salud. Llame al Departamento de Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del centro si tiene otra cobertura. La llamada es gratuita.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de cuidado de salud** que está inscrito en nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación del afiliado de Humana Gold Plus Integrated cada vez que obtenga servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y a otros proveedores a darle el mejor cuidado.
 - Proporcióneles la información completa y exacta que necesiten sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus proveedores hayan acordado.
 - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores sepan sobre todos los medicamentos que esté tomando. Esto incluye medicamentos recetados, medicamentos de venta sin receta, vitaminas y suplementos.
 - Asegúrese de hacer todas las preguntas que tenga. Sus médicos y otros proveedores deberán explicarle todo de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Sea amable.** Esperamos que todos nuestros afiliados respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que se comporte de manera respetuosa en el consultorio de su médico, hospitales y en los consultorios de otros proveedores.
- **Pague lo que debe.** Como afiliado del plan, es responsable de pagar:
 - Las primas de la Parte A y Parte B de Medicare. Para la mayoría de los afiliados de Humana Gold Plus Integrated, Medicaid pagará la prima de su Parte A y la prima de su Parte B.
 - **Si recibe servicios o medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan, deberá pagar el costo total.** Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9, Sección F5, 153 para saber cómo presentar una apelación.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

- **Infórmenos si se muda.** Si va a mudarse, es importante que nos avise inmediatamente. Llame al Departamento de Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita.
 - **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá continuar en este plan.** Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener Humana Gold Plus Integrated. El Capítulo 1, Sección D, página 5 le informa sobre nuestra área de servicios.
 - Podemos ayudarle a determinar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Durante un período de inscripción especial, usted podrá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos recetados de Medicare en su nueva área. Le podemos avisar si tenemos un plan en su nueva área.
 - Tampoco se olvide de avisarle a Medicare y Medicaid su nueva dirección. Consulte el Capítulo 2, Sección G, página 19 para obtener los números de teléfono de Medicare y Medicaid.
 - **Si se muda pero permanece dentro de nuestra área de servicio, también debemos saberlo.** Necesitamos mantener su expediente actualizado y saber cómo comunicarnos con usted.
- Llame al Departamento de Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del centro para obtener ayuda si tiene alguna pregunta o inquietud, o si tiene recomendaciones sobre sus derechos y responsabilidades. La llamada es gratuita.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

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

Introducción

En este capítulo encontrará información sobre sus derechos. Léalo para saber qué hacer si:

- Tiene un problema o una queja sobre su plan.
- Necesita un servicio, suministro o medicamento y su plan ha dicho que no lo pagará.
- No está de acuerdo con una decisión tomada por su plan sobre su cuidado.
- Cree que sus servicios cubiertos terminarán demasiado pronto.
- **Si tiene un problema o una inquietud, solo tiene que leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación.** Este capítulo está dividido en diferentes secciones para ayudarle a encontrar con facilidad la información que está buscando.

Si está teniendo un problema con su salud o con sus servicios y respaldos a largo plazo

Debería recibir el cuidado de salud, los medicamentos y los servicios a largo plazo y respaldos que su médico y otros proveedores consideren necesarios como parte del plan de cuidado de su salud. **Si tiene algún problema con su cuidado, puede llamar a la Línea de ayuda para personas de la tercera edad al 1-800-252-8966, TTY: 1-888-206-1327.** Este capítulo explica las opciones que tiene para atender distintos problemas y quejas. Sin embargo, siempre que lo necesite, podrá llamar a la Línea de ayuda para personas de la tercera edad y solicitar orientación para resolver su problema. La Línea de ayuda para personas de la tercera edad le proporcionará ayuda a cualquier persona que esté inscrita en este plan, sin importar su edad. Para obtener recursos adicionales para abordar sus inquietudes y formas de comunicarse con ellos, consulte el Capítulo 2, Sección J, página 21, para obtener más información sobre los programas de mediador.

Índice

A. Qué hacer si tiene un problema	130
A1. Acerca de los términos legales	130
B. Dónde pedir ayuda	131
B1. Dónde obtener más información y ayuda	131
C. Problemas con sus beneficios	132



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

C1. Uso del proceso para decisiones sobre cobertura y apelaciones o para presentar una queja.	132
D. Decisiones sobre la cobertura y apelaciones	132
D1. Resumen de decisiones sobre cobertura	132
D2. Cómo obtener ayuda con las decisiones sobre cobertura y apelaciones.	133
D3. Cómo utilizar la sección de este capítulo que puede ayudarle	134
E. Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (que no son medicamentos de la Parte D)	135
E1. Cuándo usar esta sección.	135
E2. Cómo pedir una decisión de cobertura	136
E3. Apelación de nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (pero no para medicamentos de la Parte D).	138
E4. Apelación de nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (pero no para medicamentos de la Parte D).	142
E5. Problemas de pago	146
F. Medicamentos de la Parte D	147
F1. Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o quiere que le devolvamos el pago por un medicamento de la Parte D.	147
F2. Qué es una excepción	149
F3. Qué debe saber cuando pide una excepción	149
F4. Cómo pedir una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D o que le devuelvan su dinero por un medicamento de la Parte D, incluyendo una excepción.	150
F5. Apelación de nivel 1 para Medicamentos de la Parte D	153
F6. Apelación de nivel 2 para Medicamentos de la Parte D	155
G. Cómo pedir que le cubramos una hospitalización más larga.	156
G1. Cómo informarse sobre sus derechos de Medicare	156
G2. Apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de su salida del hospital.	157



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

G3. Apelación de nivel 2 para cambiar la fecha de su salida del hospital	159
G4. Qué sucede si pierde la fecha límite para apelar	160
H. Qué hacer si cree que sus servicios de cuidado de salud en el hogar, en una institución de enfermería especializada o en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) terminarán demasiado pronto	162
H1. Le avisaremos por anticipado cuándo terminará su cobertura	162
H2. Apelación de nivel 1 para continuar su cuidado	162
H3: Apelación de nivel 2 para continuar su cuidado	164
H4: Qué sucede si pierde la fecha límite para presentar su Apelación de nivel 1	165
I: Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2	167
I1. Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medicare	167
I2: Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medicaid	167
J: Cómo presentar una queja	168
J1. ¿Qué tipos de problemas deberían causar una queja?	168
J2. Quejas internas	169
J3. Quejas externas	170

A. Qué hacer si tiene un problema

Este capítulo explica qué hacer si tiene un problema con su plan o con sus servicios o pagos. Medicare y Medicaid aprobaron estos procesos. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y fechas límite que nosotros y usted debemos seguir.

A1. Acerca de los términos legales

Algunas de las reglas y fechas límite en este capítulo tienen términos legales difíciles. Muchos de esos términos pueden ser difíciles de entender, así que hemos usado palabras más sencillas en lugar de algunos términos legales. Además, usamos la menor cantidad posible de abreviaturas.

Por ejemplo, decimos:

- “Presentar una queja formal” en lugar de “interponer una queja formal”



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

- “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación en riesgo” o “determinación de cobertura”
- “Decisión de cobertura rápida” en lugar de “determinación acelerada”

Conocer los términos legales adecuados podría ayudarle a comunicarse con más claridad; por eso, también proporcionamos esos términos legales.

B. Dónde pedir ayuda

B1. Dónde obtener más información y ayuda

En ocasiones, puede ser confuso comenzar o continuar el proceso para solucionar un problema. Esto puede ser especialmente difícil si no se siente bien o no tiene energía. Otras veces, es posible que no sepa cómo dar el paso siguiente.

Puede obtener ayuda de la Línea de ayuda para personas de la tercera edad

Si necesita ayuda, puede llamar a la Línea de ayuda para personas de la tercera edad. La Línea de ayuda tiene un programa de mediador que le responderá sus preguntas y le ayudará a comprender qué hacer para resolver su problema. La Línea de ayuda para personas de la tercera edad no está conectada con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de seguro de salud. La Línea de ayuda para personas de la tercera edad podrá ayudarle a comprender qué proceso usar. El teléfono de la Línea de ayuda para personas de la tercera edad es 1-800-252-8966, TTY: 1-888-206-1327. Puede llamar a la Línea de ayuda para personas de la tercera edad de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. La llamada y la ayuda son gratuitas y están disponibles sin importar su edad. Consulte el Capítulo 2, Sección J, página 21, para obtener más información sobre los programas de mediador.

Puede obtener ayuda del Programa de seguros de la salud para personas de la tercera edad (SHIP)

También puede llamar al Programa de seguro de salud para la tercera edad (SHIP). Los asesores del Programa SHIP podrán responder a sus preguntas y ayudarle a comprender qué hacer para solucionar su problema. Además podrán ayudarle, sin importar su edad. El programa SHIP no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de cuidado de la salud. El número telefónico del SHIP es 1-800-252-8966, TTY: 1-888-206-1327 y su sitio web es <https://www2.illinois.gov/aging/ship>. La llamada y la ayuda son gratuitas.

Cómo obtener ayuda de Medicare

Puede llamar directamente a Medicare para pedir ayuda si tiene problemas. Hay dos maneras de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY: 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web de Medicare en www.medicare.gov.

Cómo obtener ayuda de Medicaid

Puede llamar directamente al Estado de Illinois para solicitar ayuda con sus 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, TTY: 877-204-1012, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m. La llamada es gratuita.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

C. Problemas con sus beneficios

C1. Uso del proceso para decisiones sobre cobertura y apelaciones o para presentar una queja

Si tiene un problema o una inquietud, solo tiene que leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación. En la siguiente tabla podrá encontrar la sección adecuada de este capítulo para problemas o quejas.

¿Su problema o inquietud está relacionado con sus beneficios o cobertura?

(Esto incluye problemas relacionados con la cobertura o la falta de cobertura de su cuidado médico particular o medicamentos recetados y problemas relacionados con los pagos por cuidado médico o medicamentos recetados).

Sí.	No.
Mi problema es sobre beneficios o cobertura. Consulte la Sección D, “Decisiones sobre la cobertura y apelaciones”, en la página 132	Mi problema no es sobre beneficios o cobertura. Consulte la Sección J, “Cómo presentar una queja” en la página 168.

D. Decisiones sobre la cobertura y apelaciones

D1. Resumen de decisiones sobre cobertura

El proceso para pedir decisiones de cobertura y presentar apelaciones se ocupa de problemas relacionados con sus beneficios y cobertura. También incluye problemas con los pagos.

¿Qué es una decisión de cobertura?

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos, artículos o medicamentos. Estamos tomando una decisión de cobertura cada vez que decidamos qué cubriremos por usted y cuánto pagaremos.

Si usted o su médico no están seguros si un servicio, artículo o medicamento están cubiertos por Medicare o Medicaid, cualquiera de ustedes puede pedir una decisión de cobertura antes de que el médico proporcione el servicio, artículo o medicamento.

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos nuestra decisión y que la modifiquemos, si cree que cometimos un error. Por ejemplo, podríamos decidir que un servicio, artículo o medicamento que usted quiere no está cubierto o ya no está cubierto por Medicare o Medicaid. Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden apelar.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

D2. Cómo obtener ayuda con las decisiones sobre cobertura y apelaciones

¿A quién puedo llamar para obtener ayuda con las decisiones sobre cobertura o para presentar una apelación?

Podrá pedir ayuda a cualquiera de las siguientes personas:

- Llame al Departamento de **Atención al Cliente** al 1-800-787-3311 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. No obstante, tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada fuera del horario normal de trabajo, los fines de semana y los días festivos. Deje su nombre y número de teléfono y le devolveremos la llamada antes del final del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Visite **MyHumana.com** para tener acceso las 24 horas a información como la historia de reclamaciones, la elegibilidad y la lista de medicamentos de Humana. Allí también puede utilizar el buscador de médicos y obtener noticias e información de salud.
- Llame a la **Línea directa de ayuda de Programa Dental del Departamento de Servicios de Cuidado de la Salud y de la Familia de Illinois** para pedir ayuda gratuita, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. Ellos le proporcionan ayuda a las personas inscritas en Medicaid que tienen problemas. El número de teléfono es 1-800-226-0768, TTY: 1-877-204-1012.
- Llame a la **Línea de ayuda para personas de la tercera edad** para obtener ayuda gratuita, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m. La Línea de ayuda para personas de la tercera edad le ayudará a cualquier persona, de cualquier edad, que esté inscrita en este plan. La Línea de ayuda para personas de la tercera edad es una organización independiente y no está conectada con este plan. El número de teléfono es 1-800-252-8966, TTY: 1-888-206-1327.
- Hable con **su médico u otro proveedor**. Su médico u otro proveedor podrán pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación en su nombre y actuar como su representante.
 - Si quiere que su médico u otro proveedor sea su representante, llame al Departamento de Atención al Cliente y pida el formulario de “Nombramiento de un representante”. También puede obtener el formulario visitando www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf. Este formulario autoriza a la persona a actuar en su nombre. Deberá darnos una copia del formulario firmado.
 - Tenga en cuenta que según el programa de Medicare, su doctor u otro proveedor podrán presentar una apelación sin tener que llenar el formulario de “Nombramiento de un representante”.
- Hable con un **amigo o familiar** y pídale que actúen en su nombre. Puede nombrar a otra persona para que actúe por usted como su “representante” para pedir una decisión de cobertura o para apelar.
 - Si usted desea que un amigo, un familiar u otra persona sea su representante, llame al Departamento de Atención al Cliente y solicite el formulario de “Nombramiento de un representante”.
 - También puede obtener el formulario visitando www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. El formulario autoriza a la persona a actuar en su nombre. Deberá darnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho de pedirle a un abogado** que actúe en su nombre. Puede llamar a su propio abogado o conseguir el nombre de un abogado de la asociación local de abogados u otro servicio de referidos. Algunos grupos legales le darán servicios legales gratuitos, si usted es elegible. Si quiere que un abogado le represente, deberá llenar el formulario de Nombramiento de un representante.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

- Sin embargo, **no tiene que tener un abogado** para pedir cualquier tipo de decisión de cobertura ni para apelar.

D3. Cómo utilizar la sección de este capítulo que puede ayudarle

Hay cuatro tipos de situaciones que incluyen decisiones sobre cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y fechas límite. Hemos dividido este capítulo en diferentes secciones para ayudarle a encontrar las reglas que deberá seguir. **Solo necesitará leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación:**

- **La Sección E en la página 135** le da información si tiene problemas sobre los servicios, artículos y algunos medicamentos (pero **no** medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, use esta sección si:
 - No está recibiendo un cuidado médico que quiere y cree que nuestro plan cubre ese cuidado.
 - No aprobamos algún servicio, artículo o medicamento que su médico quiere darle y usted cree que este cuidado debería ser cubierto.
 - **NOTA:** Solo use la Sección E si estos medicamentos **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos en la *Lista de medicamentos cubiertos* también conocida como Lista de medicamentos, con una (OTC) **no** están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección F en la página 147 para las apelaciones de medicamentos de la Parte D.
 - Recibió cuidado médico o servicios que usted cree deberían estar cubiertos, pero no hemos pagado por este cuidado.
 - Recibió y pagó por servicios médicos, artículos que creía que estaban cubiertos y quiere pedirnos que le devolvamos lo que pagó.
 - Le dijeron que la cobertura del cuidado que ha estado recibiendo será reducida o interrumpida y no está de acuerdo con nuestra decisión.
 - **NOTA:** Si la cobertura que será suspendida es por cuidado en un hospital, cuidado de la salud en el hogar, en una institución de enfermería especializada o en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), deberá leer una sección aparte de este capítulo, ya que para esos tipos de servicios corresponden reglas especiales. Consulte las Secciones G y H en las páginas 156 y 162.
- Existe la posibilidad de que se desestime su solicitud sobre una decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que podríamos desestimar su solicitud son los siguientes: si su solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud por usted, pero no nos ha dado pruebas de que usted aceptó que la hicieran, o si usted pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando el motivo y cómo solicitar una revisión de la misma. Esta revisión es un proceso formal conocido como apelación.
- **La Sección F en la página 147** le brinda información sobre los medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, use esta sección si:
 - Si quiere que hagamos una excepción para cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de medicamentos.
 - Quiere pedirnos una exención de límites de la cantidad de medicamento que puede obtener.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

- Usted desea solicitar cobertura para un medicamento que requiere autorización previa (PA) o aprobación.
- No aprobamos su pedido o excepción y usted o su médico u otro proveedor creen que deberíamos haberlo aprobado.
- Quiere pedirnos que paguemos por un medicamento recetados que ya compró. (Esto quiere decir, pedirnos una decisión de cobertura de un pago).
- **La Sección G en la página 156** le brinda información sobre cómo solicitarnos cobertura para una hospitalización más larga si cree que el médico le quiere dar el alta demasiado pronto. Use esta sección si:
 - Está en el hospital y cree que su doctor ha pedido que usted reciba el alta del hospital demasiado pronto.
- **La Sección H en la página 162** le da información si cree que su cuidado de salud en el hogar, en una institución de enfermería especializada o los servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) terminará demasiado pronto.

Si no está seguro sobre qué sección usar, llame al Departamento de Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. No obstante, tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada fuera del horario normal de trabajo, los fines de semana y los días festivos. Deje su nombre y número de teléfono y le devolveremos la llamada antes del final del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Visite **MyHumana.com** para tener acceso las 24 horas a información como la historia de reclamaciones, la elegibilidad y la lista de medicamentos de Humana. Allí también puede utilizar el buscador de médicos y obtener noticias e información de salud.

Si necesita otra ayuda o información, llame al Departamento de Atención al Cliente para la tercera edad 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.

E. Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (que no son medicamentos de la Parte D)

E1. Cuándo usar esta sección

Esta sección le informa qué hacer si tiene problemas con sus beneficios por su cuidado médico, cuidado de salud del comportamiento y servicios y respaldos a largo plazo. También puede usar esta sección para los problemas con los medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D, incluyendo los medicamentos de la Parte B de Medicare. Los medicamentos en la Lista de medicamentos con (OTC) **no** están cubiertos por la Parte D. Use la Sección F para las apelaciones de medicamentos de la Parte D.

Esta sección le informa qué puede hacer si está en una de las cinco situaciones siguientes:

1. Cree que cubrimos un servicio médico, de salud del comportamiento o a largo plazo que necesita, pero no lo está recibiendo.

Qué puede hacer: Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la Sección E2 en la página 136 para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

2. No aprobamos el cuidado que su médico quiere darle y usted cree que deberíamos haberlo hecho.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión sobre no aprobar el cuidado. Consulte la Sección E3 en la página 138 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

3. Recibió servicios o artículos que usted creía que cubrimos, pero no pagaremos.

Qué puede hacer: Podrá apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la Sección E3 (en la página 138) para obtener información sobre cómo hacer una apelación.

4. Recibió y pagó por servicios o artículos que creía que estaban cubiertos y ahora desea que le devolvamos lo que pagó por dichos servicios o artículos.

Qué puede hacer: Puede pedirnos que le devolvamos lo que pagó. Consulte la Sección E5 en la página 146 para obtener información sobre cómo pedirnos la devolución de su pago.

5. Redujimos o suspendimos su cobertura por cierto servicio y no está de acuerdo con nuestra decisión.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o suspender el servicio. Consulte la Sección E3 en la página 138 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

NOTA: Si la cobertura que será suspendida es por cuidado en un hospital, cuidado de salud en su hogar, en una institución de enfermería especializada o en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) corresponden reglas especiales. Lea las Secciones G o H en las páginas 156 y 162 para obtener más información.

E2. Cómo pedir una decisión de cobertura

Cómo pedir una decisión de cobertura para obtener servicios médicos, servicios de la salud del comportamiento o servicios de cuidado de la salud a largo plazo

Para pedir una decisión de cobertura, llámenos, escríbanos o envíenos un fax o pídale a su representante o a su médico que nos pidan tomar una decisión.

- Puede llamarnos al 1-800-787-3311, TTY: 711. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. No obstante, tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada fuera del horario normal de trabajo, los fines de semana y los días festivos. Deje su nombre y número de teléfono y le devolveremos la llamada antes del final del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Visite **MyHumana.com** para tener acceso las 24 horas a información como la historia de reclamaciones, la elegibilidad y la lista de medicamentos de Humana. Allí también puede utilizar el buscador de médicos y obtener noticias e información de salud.
- Envíenos un fax al: 1-800-266-3022
- Escríbanos a:

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

¿Cuánto tiempo tarda una decisión de cobertura?

Generalmente toma hasta 14 días calendario después de pedirla a menos que su solicitud sea para un



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

medicamento recetados de la Parte B de Medicare. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte de Medicare, le daremos una decisión a más tardar 72 horas después de recibir su solicitud. Si no le informamos sobre nuestra decisión a más tardar en 14 días calendario, puede apelar.

A veces necesitaremos más tiempo y le enviaremos una carta para decirle que tardaremos 14 días calendario más. La carta le dirá por qué necesitamos más tiempo. No podemos tardar más tiempo para darle una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

¿Puedo obtener una decisión de cobertura más rápida?

Sí. Si debido a su salud necesita una respuesta más rápida, pídanos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. Si aprobamos la solicitud, le avisaremos sobre nuestra decisión dentro de 72 horas (o dentro de 24 horas para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare).

Sin embargo, a veces necesitaremos más tiempo y, si eso ocurre, le enviaremos una carta para avisarle que tardaremos 14 días calendario más. La carta le dirá por qué necesitamos más tiempo. No podemos tardar más tiempo para darle una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

El término legal para “decisión de cobertura rápida” es “determinación acelerada”.

Cómo pedir una decisión de cobertura rápida:

- Si nos pide una decisión de cobertura rápida, llámenos o comuníquese por fax con nuestro plan para pedirnos que cubramos el cuidado que desea.
- Puede llamarnos al 1-866-737-5113. Para saber cómo comunicarse con nosotros, vaya al Capítulo 2, página 11.
- También puede pedir a su proveedor o representante que nos llame.

Éstas son las reglas para pedir una decisión de cobertura rápida:

Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir estos dos requisitos:

1. Puede tomar una decisión de cobertura rápida **solamente si está pidiendo alguna cobertura de cuidado médico o un artículo que aún no ha recibido.** (No puede tomar una decisión de cobertura rápida si su solicitud tiene que ver con un pago por cuidado médico o un artículo que ya recibió).
2. Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solamente si el plazo estándar de 14 días calendario (o el plazo de 72 horas para los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare) podrían causar daños serios a su salud o afectar su capacidad para desempeñarse.**
 - Si su médico determina que necesita una decisión de cobertura rápida, se la daremos automáticamente.
 - Si nos pide una decisión de cobertura rápida sin el respaldo de su médico, nosotros decidiremos si usted puede obtener una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para que tomemos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta. También usaremos el plazo de 14 días calendario (o el plazo de 72 horas para los medicamentos de la Parte B de Medicare) en su lugar.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

- Esta carta le dirá que, si su doctor nos pide que tomemos la decisión de cobertura rápida, lo haremos automáticamente.
- La carta le dirá también cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información sobre el proceso para realizar quejas, incluyendo las quejas rápidas, consulte la Sección J en la página 168.

Si la decisión de cobertura es Sí ¿cuándo recibirá el servicio o artículo?

Tendrá la aprobación (preautorización) para recibir el servicio dentro de 14 días calendario (para una decisión de cobertura estándar) o en 72 horas (para una decisión de cobertura rápida) a partir del momento de su solicitud, a menos que su solicitud sea para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

- Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, tendrá la aprobación (preautorización) para obtener el medicamento dentro de 72 horas (para la decisión de cobertura estándar) o 24 horas (para una decisión de cobertura rápida).
- Si extendemos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, le aprobaremos la cobertura al final de ese período adicional. No podemos tardar más tiempo para darle nuestra decisión de cobertura para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si la decisión de cobertura es No, ¿cuándo lo sabré?

Si la respuesta es **No**, le enviaremos una carta que le indique nuestras razones por las que respondemos **No**.

- Si decimos que **No**, tiene derecho a apelar para pedirnos que cambiemos esta decisión. Apelar significa pedirnos que revisemos nuestra decisión de rechazar la cobertura.
- Si decide apelar la decisión de cobertura, eso significa que estará en el Nivel 1 del proceso de apelaciones (para más información, lea la sección siguiente).

E3. Apelación de nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (pero no para medicamentos de la Parte D)

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos nuestra decisión y que la modifiquemos, si cree que cometimos un error. Si usted o su médico u otro proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, puede apelar. En todos los casos, deberá iniciar su apelación en el Nivel 1.

Si necesita ayuda durante el proceso de apelación, puede llamar a la Línea de ayuda para personas de la tercera edad 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 Línea de ayuda para personas de la tercera edad no está relacionada con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. La llamada y la ayuda son gratuitas.

¿Qué es una Apelación de nivel 1?

Una Apelación de nivel 1 es la primera apelación presentada ante nuestro plan. Revisaremos su decisión de cobertura para saber si es correcta. La persona que hará la revisión no será la misma persona que tomó la decisión de cobertura inicial. Cuando terminemos la revisión, le enviaremos nuestra decisión por escrito.

Si después de nuestra revisión le avisamos que el servicio o artículo no será cubierto, su caso podrá ir a la Apelación de nivel 2.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

¿Cómo presento una Apelación de nivel 1?

- Para comenzar su apelación, usted, su médico u otro proveedor o su representante deberá comunicarse con nosotros. Puede llamarnos al 1-800-787-3311. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. No obstante, tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada fuera del horario normal de trabajo, los fines de semana y los días festivos. Deje su nombre y número de teléfono y le devolveremos la llamada antes del final del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Visite **MyHumana.com** para tener acceso las 24 horas a información como la historia de reclamaciones, la elegibilidad y la lista de medicamentos de Humana. Allí también puede utilizar el buscador de médicos y obtener noticias e información de salud. Para obtener más detalles sobre cómo comunicarse con nosotros para presentar apelaciones, consulte el Capítulo 2, página 11.
- Podrá presentar una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.
- Si está pidiendo una apelación estándar o una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.
 - Puede enviar un pedido a la siguiente dirección:
Humana Inc.
Atención: Grievance and Appeal
P.O. Box 14546
Lexington, KY 40512-4546
 - También podrá pedir una apelación llamándonos al 1-800-787-3311. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. No obstante, tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada fuera del horario normal de trabajo, los fines de semana y los días festivos. Deje su nombre y número de teléfono y le devolveremos la llamada antes del final del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Visite **MyHumana.com** para tener acceso las 24 horas a información como la historia de reclamaciones, la elegibilidad y la lista de medicamentos de Humana. Allí también puede utilizar el buscador de médicos y obtener noticias e información de salud.

En resumen: Cómo presentar una Apelación de nivel 1

Usted, su médico o su representante pueden hacer su pedido por escrito y enviarnoslo por correo o por fax. También puede pedir una apelación llamándonos.

- Pídale a más tardar **60 días calendario** después de la decisión que está apelando. Si pierde una fecha límite por algún motivo justificado, todavía podrá apelar.
- Si apela porque le dijimos que un servicio de Medicaid que recibe actualmente sería cambiado o suspendido, tiene **10 días calendario** para apelar si quiere seguir recibiendo ese servicio de Medicaid mientras su apelación está en proceso.
- Siga leyendo esta sección para saber qué fecha límite se aplica a su apelación.

El término legal para “apelación rápida” es “**reconsideración acelerada**”.

¿Alguien más puede presentar la apelación en mi nombre?

Sí. Su médico, otro proveedor o alguien más podrá solicitar la apelación en su nombre, pero primero usted



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated**.

deberá completar un formulario de Nombramiento de un representante. El formulario autorizará a la otra persona a actuar en su nombre.

Si no recibimos este formulario y alguien está actuando en su nombre, su solicitud de apelación será desestimada. Si esto sucede, tiene derecho a que otra persona revise nuestra revocación. Le enviaremos un aviso por escrito explicando su derecho a pedirle a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

Para obtener un formulario de Nombramiento de un representante, llame al Departamento de Atención al Cliente y solicite uno o visite www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf: o nuestro sitio web en www.humana.com/individual-and-family-support/tools/member-forms.

Si la apelación es hecha por otra persona que no sea usted, debemos recibir el formulario completado de Nombramiento de un representante antes de poder revisar su pedido.

Tenga en cuenta que según el programa Medicare, su médico u otro proveedor podrán presentar una apelación sin el formulario de Nombramiento de un representante.

¿Cuánto tiempo tengo para presentar una apelación?

Deberá presentar una apelación a más tardar 60 días calendario después de la fecha de la carta que le enviemos para darle nuestra decisión de cobertura.

Si deja pasar esta fecha límite por un motivo justificado podríamos darle más tiempo para apelar. Estos son ejemplos de un motivo justificado: tuvo una enfermedad grave o no le dimos la información correcta sobre la fecha límite para presentar una apelación. Al presentar la apelación, debe explicar el motivo del retraso de su apelación.

NOTA: Si apela porque le dijimos que un servicio de Medicaid que recibe actualmente sería cambiado o suspendido, tiene **10 días calendario** para apelar si quiere seguir recibiendo ese servicio de Medicaid mientras su apelación está en proceso. Lea el apartado “¿Mis beneficios continuarán durante las apelaciones de Nivel 1?” en la página 142 para obtener más información.

¿Puedo obtener una copia del expediente de mi caso?

Sí. Pídanos una copia gratis llamando al Departamento de Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita.

¿Mi médico puede darles más información para respaldar mi apelación?

Sí, tanto usted como su médico pueden darnos más información para respaldar su apelación.

¿Cómo tomaremos la decisión sobre la apelación?

Analizaremos con atención toda la información sobre su pedido de cobertura de cuidado médico. Luego revisaremos que hayamos seguido todas las reglas cuando le dijimos que **No** a su solicitud. La persona que hará la revisión no será la misma que tomó la decisión original sobre cobertura.

Si necesitamos más información, podemos pedírsela a usted o a su proveedor.

¿Cuándo sabré sobre la decisión tomada en la apelación “estándar”?

Debemos darle nuestra respuesta a más tardar dentro de 15 días hábiles después de recibir su apelación (o dentro de 7 días calendario después de recibir su apelación para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare). Le daremos nuestra decisión más pronto, si su enfermedad nos lo exige.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

- Sin embargo, si nos pide más tiempo o si necesitamos reunir más información, podemos tardar hasta 14 días calendario más. Si decidimos que necesitamos días adicionales para tomar una decisión, le enviaremos una carta que explique por qué necesitamos más tiempo. No podemos tardar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si piensa que no debemos tomar días adicionales podrá presentar una “queja rápida” relacionada con nuestra decisión para tomar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le responderemos en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para realizar quejas, incluyendo las quejas rápidas, consulte la Sección J en la página 168.
- Si no le damos una respuesta a su apelación dentro de 15 días hábiles (o dentro de 7 días calendario después de recibir su apelación para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare) o antes del final de los días adicionales (si los tomamos), su caso pasará automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones si su problema es sobre un servicio o artículo cubierto por Medicare o por Medicare y Medicaid. Le avisaremos cuando esto ocurra. Si su problema es sobre un servicio o artículo cubierto solo por Medicaid, usted mismo podrá presentar una Apelación de nivel 2. Para obtener más información sobre el proceso de Apelación de nivel 2, consulte la Sección E4 de este capítulo en la página 142.

Si nuestra respuesta es Sí a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar o darle la cobertura dentro de las 72 horas posteriores a haberle dado nuestra respuesta (o dentro de los 7 días calendario de haber recibido su apelación para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare).

Si nuestra respuesta es No a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre un servicio o artículo cubierto por Medicare o por Medicare y Medicaid, en la carta que le enviaremos le diremos que enviamos su caso a la Entidad de revisión independiente para una Apelación de nivel 2. Si su problema es sobre un servicio o artículo cubierto solamente por Medicaid, le diremos en la carta cómo podrá presentar una Apelación de nivel 2. Para obtener más información sobre el proceso de Apelación de nivel 2, consulte la Sección E4 en la página 142.

¿Cuándo sabré sobre la decisión tomada en la apelación “rápida”?

Si solicita una apelación rápida, le informaremos dentro de las 24 horas después de recibir su solicitud si necesitamos más información para decidir sobre su apelación. Tomaremos una decisión sobre su apelación rápida dentro de 24 horas después de recibir toda la información requerida que usted envíe.

- Sin embargo, si nos pide más tiempo o si necesitamos reunir más información, podemos tardar hasta 14 días calendario más. Si decidimos tomar días adicionales para tomar una decisión, le enviaremos una carta que explique por qué necesitamos más tiempo. No podemos tardar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si piensa que no debemos tomar días adicionales podrá presentar una “queja rápida” relacionada con nuestra decisión para tomar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le responderemos en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para realizar quejas, incluyendo las quejas rápidas, consulte la Sección J en la página 168.
- Si no le damos una respuesta a su apelación dentro de 24 horas después de haber recibido toda la información requerida o al terminar los días adicionales (si los tomamos), enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones, si su problema es sobre un servicio o artículo cubierto por Medicare o por Medicare y Medicaid. Le avisaremos cuando esto ocurra. Si su problema es sobre un servicio o artículo cubierto solo por Medicaid, usted mismo podrá presentar una



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Apelación de nivel 2. Para obtener más información sobre el proceso de Apelación de nivel 2, consulte la Sección E4 en la página 142.

- **Si le respondemos que Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar o darle esa cobertura dentro de 72 horas después que tomemos nuestra decisión.
- **Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre un servicio o artículo cubierto por Medicare o por Medicare y Medicaid, en la carta que le enviaremos le diremos que enviamos su caso a la Entidad de revisión independiente para una Apelación de nivel 2. Si su problema es sobre un servicio o artículo cubierto solamente por Medicaid, le diremos en la carta cómo podrá presentar una Apelación de nivel 2. Para obtener más información sobre el proceso de Apelación de nivel 2, consulte la Sección E4 en la página 142.

¿Mis beneficios continuarán durante las Apelaciones de nivel 1?

- Si su problema es sobre un servicio cubierto por Medicare o por Medicare y Medicaid, sus beneficios para ese servicio continuarán durante el proceso de Apelación del nivel 1.
- Si su problema es sobre un servicio cubierto solo por Medicaid, sus beneficios para ese servicio no continuarán, a menos que usted pida que el plan continúe cubriendo sus beneficios cuando presente su apelación. Debe presentar su apelación y solicitar la continuación de los beneficios dentro de los 10 días calendario de haber recibido el Aviso de denegación de cobertura médica. Si pierde la apelación, es posible que tenga que pagar por el servicio.

E4. Apelación de nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (pero no para medicamentos de la Parte D)

Si el plan dice que No en el Nivel 1, ¿qué sucederá?

- Si decimos que **No** a una parte o a toda su Apelación de nivel 1, le enviaremos una carta. En dicha carta se le informará si el servicio o artículo está generalmente cubierto por Medicare y/o Medicaid.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo de **Medicare**, obtendrá automáticamente una Apelación de nivel 2 ante una Entidad de revisión independiente (IRE, por sus siglas en inglés), tan pronto como termine la Apelación de nivel 1.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo de **Medicaid**, podrá presentar una Apelación de nivel 2 ante la oficina de Audiencias justas del Estado. En la carta se le dirá cómo hacerlo. La información también aparece más adelante.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que podría ser cubierto por **tanto por Medicare como por Medicaid**, obtendrá automáticamente una Apelación de nivel 2 ante la Entidad de revisión independiente (IRE). Si ellos también deciden decir que **No** a su apelación, podrá presentar otra Apelación de nivel 2 en la oficina de Audiencias justas del Estado.

¿Qué es una Apelación de nivel 2?

Una Apelación de nivel 2 es la segunda apelación hecha por una organización independiente que no está relacionada con el plan. Puede ser una Entidad de revisión independiente (IRE) o una oficina de Audiencias justas del Estado para casos de Medicaid. El IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No es una agencia gubernamental. Medicare supervisa su trabajo.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Mi problema es sobre un servicio o artículo de Medicaid. ¿Cómo puedo presentar una Apelación de nivel 2?

El Nivel 2 del proceso de apelaciones por servicios de Medicaid es una Audiencia justa del Estado. Deberá solicitar, por escrito o por teléfono una Audiencia justa del Estado **a más tardar en 120 días calendario**, a partir de la fecha en que enviamos la carta de decisión sobre su Apelación de nivel 1. En la carta se le dirá dónde presentar su solicitud para solicitar una audiencia.

- Si desea solicitar una Audiencia justa del Estado, sobre un suministro o servicio estándar de Medicaid, la exención para personas de la tercera edad (el Programa de cuidado en la comunidad o CCP) o la exención por vivir en residencia asistida, presente su apelación por escrito o por teléfono a:

CORREO	Illinois Healthcare and Family Services Bureau of Administrative Hearings Fair Hearings Section 69 West Washington, 4th Floor Chicago, Illinois 60602
LLAME AL	1-855-418-4421 (llamada gratis)
TTY	1-877-734-7429
FAX	1-312-793-2005
CORREO ELECTRÓNICO	HFS.FairHearings@Illinois.gov

- Si desea solicitar una Audiencia justa del Estado sobre la exención para personas con discapacidades, exención por una lesión cerebral traumática, exención por VIH/SIDA (Programa de Servicios en el hogar o HSP), presente su apelación por escrito o por teléfono a:

CORREO	Department of Human Services Bureau of Hearings 69 West Washington, 4th Floor Chicago, Illinois 60602
LLAME AL	1-800-435-0774 (llamada gratis)
TTY	1-877-734-7429
FAX	1-312-793-3387
CORREO ELECTRÓNICO	DHS.BAH@Illinois.gov

La audiencia será llevada a cabo por un Oficial autorizado de Audiencias imparciales para supervisar las Audiencias justas del Estado.

- Recibirá una carta de la oficina de Audiencias diciéndole la fecha, hora y lugar de la audiencia. En la carta, también le proporcionarán información detallada sobre dicha audiencia. Es importante que lea la carta con atención.
- Por lo menos tres días laborales antes de la audiencia, recibirá un paquete de información de nuestro plan. Este paquete incluirá toda la evidencia que presentaremos en la audiencia. Este mismo paquete será enviado al Oficial de audiencias imparciales.
- Deberá informarle a la Oficina de audiencias si necesita algún tipo de adaptación del lugar razonable.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

- Si debido a su discapacidad no puede participar en persona en la oficina local, puede pedir que su participación sea por teléfono. Proporcione al personal de audiencias el número de teléfono donde le puedan encontrar.
- Deberá proporcionar toda la evidencia que presentará en la audiencia al Oficial de audiencias imparciales, por lo menos tres días hábiles antes de la audiencia. Esto incluirá una lista de todos los testigos que se presentarán, así como todos los documentos que utilizará.
- La audiencia se grabará.

Mi problema es sobre un servicio o artículo que está cubierto por Medicare o por Medicare y Medicaid. ¿Qué pasará en la Apelación de nivel 2?

Si respondemos que **No** a su Apelación de nivel 1 y el servicio o artículo usualmente está cubierto por Medicare o por Medicare y Medicaid, tendrá **automáticamente** una Apelación de nivel 2 de la Entidad de revisión independiente (IRE). La Entidad de revisión independiente (IRE) revisará cuidadosamente la decisión de Nivel 1 y decidirá si debe ser cambiada.

- No necesitará solicitar la Apelación de nivel 2. Enviaremos automáticamente cualquier rechazo (todo o en parte) a la Entidad de revisión independiente (IRE). Le avisaremos cuando esto ocurra.
- La Entidad de revisión independiente (IRE) está contratada por Medicare y no está conectada con el plan de salud.
- Puede solicitar una copia de su expediente llamando al Departamento de Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita.

La Entidad de revisión independiente (IRE) debe dar una respuesta a su Apelación de nivel 2 a más tardar en 30 días calendario después de recibir su apelación (o dentro de 7 días calendario de recibir su apelación para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare). Esta regla corresponde si envió su apelación antes de obtener servicios o artículos médicos.

- Sin embargo, si la Entidad de revisión independiente (IRE) necesita reunir más información que pueda ayudarle a usted, puede tomar hasta 14 días calendario más. Si la Entidad de revisión independiente (IRE) decide tomar días adicionales para tomar una decisión, se le avisará por carta. La Entidad de revisión independiente (IRE) no puede tardar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si tuvo una “apelación rápida” en el Nivel 1, tendrá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La Entidad de revisión independiente (IRE) debe darle una respuesta a más tardar en 72 horas después de recibir su apelación.

- Sin embargo, si la Entidad de revisión independiente (IRE) necesita reunir más información que pueda ayudarle a usted, puede tomar hasta 14 días calendario más. Si la Entidad de revisión independiente (IRE) decide tomar días adicionales para tomar una decisión, se le avisará por carta. La Entidad de revisión independiente (IRE) no puede tardar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

¿Cómo sabré cuál es la decisión?

Si su Apelación de nivel 2 fue con una Audiencia justa del Estado, la oficina de Audiencias justas del Estado le enviará una carta explicándole su decisión. Esta carta se llama “Decisión Administrativa Final”.

- Si la oficina de Audiencias justas del Estado responde que **Sí** a todo o parte de lo que usted pidió, debemos aprobar o proporcionar la cobertura médica tan pronto como lo requiera su salud.
- Si la oficina de Audiencias justas del Estado responde que **No** a todo o a parte de lo que usted pidió, esto significa que están de acuerdo con la decisión en el Nivel 1. Eso se llama “confirmar la decisión”. También se llama “rechazar su apelación”.

Si su Apelación de nivel 2 fue dirigida a la Entidad de revisión independiente (IRE), ellos le enviarán una carta explicándole su decisión.

- Si la Entidad de revisión independiente responde que **Sí** a una parte o a todo lo que usted pidió en su apelación estándar, debemos aprobarle el servicio o artículo a más tardar en 72 horas o proporcionárselo dentro de 14 días calendario a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la Entidad de revisión independiente. Si presentó una apelación rápida debemos autorizar la cobertura del cuidado médico o darle el servicio o artículo a más tardar en 72 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la Entidad de revisión independiente.
- Si la IRE dice **Sí** a una parte o a todo lo que pidió en su apelación estándar para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B de Medicare dentro de las 72 horas de haber recibido la decisión de la IRE. Si presentó una apelación rápida, debemos aprobar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B de Medicare dentro de 24 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión de IRE.
- Si la IRE dice que **No** a una parte o a todo lo que usted pidió, eso significa que están de acuerdo con la decisión de Apelación de nivel 1. Eso se llama “confirmar la decisión”. También se llama “rechazar su apelación”.

Si la decisión es No para todo o parte de lo que pedí, ¿puedo apelar otra vez?

Si su apelación de nivel 2 fue enviada a la oficina de Audiencias justas del Estado y usted no está de acuerdo con la decisión, no podrá presentar otra apelación sobre el mismo asunto ante la oficina de Audiencias justas del Estado. La decisión podrá ser revisada únicamente a través del Circuito de Tribunales del Estado de Illinois.

Si su Apelación de nivel 2 fue dirigida a la Entidad de revisión independiente, podría apelar nuevamente en ciertos casos:

- Si su problema es sobre un servicio o artículo cubierto **tanto por Medicare como por Medicaid**, podrá presentar otra Apelación de nivel 2 ante la oficina de Audiencias justas del Estado. Después de que la IRE tome su decisión, le enviaremos una carta informándole sobre su derecho a pedir una Audiencia justa del Estado. Consulte la página 143 para obtener información sobre el proceso de Audiencias justas del Estado.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo cubierto por **Medicare o por Medicare y Medicaid**, podrá apelar después del nivel 2, solo si el valor en dólares del servicio o artículo que usted desea cumple con cierta cantidad mínima. En la carta que recibirá de la Entidad de revisión independiente se le explicarán los derechos adicionales de apelación que usted podría tener.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Consulte la Sección I en la página 167 de este capítulo para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del nivel 2.

¿Mis beneficios continuarán durante la Apelación de nivel 2?

Es posible.

- Si su problema es sobre un servicio cubierto únicamente por Medicare, sus beneficios para recibir ese servicio no continuarán durante el proceso de apelación del nivel 2 presentado ante la Entidad de revisión independiente.
- Si su problema es sobre un servicio cubierto únicamente por Medicaid, sus beneficios para recibir ese servicio continuarán si usted presenta una Apelación de nivel 2 a más tardar en 10 días calendario después de haber recibido la carta con la decisión tomada por el plan.
- Si su problema es sobre un servicio cubierto por Medicare y Medicaid, sus beneficios para recibir ese servicio continuarán durante el proceso de Apelación de nivel 2 ante la Entidad de revisión independiente. Y si presenta la apelación ante la oficina de Audiencias justas del Estado después que la Entidad de revisión independiente haya tomado una decisión, y le gustaría que sus servicios permanezcan durante el proceso de Audiencias justas del Estado, debe pedirles que permanezcan en su lugar, y debe preguntar a más tardar en 10 días calendario de la notificación de la Entidad de revisión independiente.

E5. Problemas de pago

No permitimos a los proveedores de la red que le cobren por sus servicios o artículos cubiertos. Esto es cierto aunque paguemos al proveedor menos de lo que el proveedor cobró por un servicio o artículo. No tiene que pagar el saldo de ninguna factura.

Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. **No debe pagar la factura usted mismo.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema.

Para obtener más información, comience leyendo el Capítulo 7 de este manual: “Cómo pedirnos que paguemos una factura que haya recibido por servicios o medicamentos cubiertos cuando un proveedor de la red le envía una factura”. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que puede necesitar pedir un reembolso o pagar una factura que recibió de un proveedor. Además, se le indica cómo enviar los documentos para pedirnos que cubramos tales pagos.

¿Puedo pedirles que me devuelvan lo que pagué por servicios o artículos?

Recuerde, si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, no debe pagar la factura usted mismo. Pero si paga la factura, puede obtener un reembolso si siguió las reglas para obtener servicios y artículos.

Si está pidiendo que le paguen, está pidiendo una decisión de cobertura. Averiguaremos si el servicio o artículo que pagó es un servicio o artículo cubierto y revisaremos si usted siguió todas las reglas para usar su cobertura.

- Si el servicio o artículo que pagó están cubiertos y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago por el servicio o artículo, a más tardar en 60 días calendario después de recibir su pedido. Si aún no ha pagado el servicio o artículo todavía, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que decir que **Sí** a su pedido de una decisión de cobertura.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

- Si el servicio o artículo no está cubierto o usted no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta para decirle que no pagaremos el servicio o artículo y le explicaremos por qué.

¿Y si decimos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede apelar**. Siga los procesos de apelación descritos en la Sección E3 en la página 138. Cuando siga estas instrucciones, sírvase tener en cuenta lo siguiente:

- Si hace una apelación para que le paguemos, debemos responderle a más tardar en 60 días calendario después de recibir su apelación.
- Si nos está pidiendo que le devolvamos el pago por un servicio o artículo que ya recibió y pagó, no puede pedir una apelación rápida.

Si respondemos que **No** a su apelación y el servicio o artículo está cubierto por Medicare o por Medicare y Medicaid, enviaremos su caso automáticamente a la Entidad de revisión independiente (IRE). Le notificaremos por carta si esto pasa.

- Si la IRE no está de acuerdo con nuestra decisión y dice que debemos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor a más tardar en 30 días calendario. Si la respuesta para su apelación es **Sí** en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que pidió a usted o al proveedor, a más tardar en 60 días calendario.
- Si la IRE dice que **No** a su apelación, eso significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su pedido. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se llama “rechazar su apelación”). En la carta que reciba se le explicarán los derechos de apelación adicionales que usted podría tener.

Si respondemos que **No** a su apelación y el servicio o artículo está cubierto regularmente por Medicaid solamente, podrá presentar una Apelación de nivel 2 (consulte la Sección E4 en la página 142).

F. Medicamentos de la Parte D

F1. Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o quiere que le devolvamos el pago por un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como afiliado de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. Casi todos son “medicamentos de la Parte D”. Hay unos cuantos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre, pero que Medicaid podría cubrir. **Esta sección corresponde solo a las apelaciones de medicamentos de la Parte D.**

La Lista de medicamentos incluye algunos medicamentos con (OTC). Esos medicamentos **no** son medicamentos de la Parte D. Las apelaciones o decisiones de cobertura sobre medicamentos con el símbolo (OTC) siguen el proceso de la Sección E en la página 135.

¿Puedo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación sobre medicamentos recetados de la Parte D?

Sí. Estos son ejemplos de decisiones sobre cobertura que puede pedirnos que tomemos, sobre sus medicamentos de la Parte D:



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

- nos pide que hagamos una excepción, como:
 - Pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de medicamentos del plan
 - Pedirnos que cancelemos una restricción a la cobertura del plan por un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener)
- nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando su medicamento está en la Lista de medicamentos del plan pero le pedimos que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos).

NOTA: Si su farmacia le dice que no puede surtir su receta, usted recibirá un aviso que le explicará cómo comunicarse con nosotros para pedir una decisión de cobertura.

- nos pide que paguemos por un medicamento recetados que ya compró. Esto es, pedir una decisión de cobertura sobre un pago que usted ya hizo.

El término legal para una decisión de cobertura de sus medicamentos de la Parte D es una **“determinación de cobertura”**.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión. Esta sección explica cómo pedir decisiones sobre cobertura **y** cómo presentar una apelación.

Use esta tabla para decidir en qué sección hay información sobre su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?			
<p>¿Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita una excepción a una regla o a una restricción para un medicamento que cubrimos?</p> <p>Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Esto es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Comience con la Sección F2 en la página 149 de este capítulo. Consulte también las Secciones F3 y F4, en la página 149.</p>	<p>¿Desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y cree que cumple con las reglas o restricciones del plan (como obtener una autorización previa) para el medicamento que necesita?</p> <p>Puede pedirnos una decisión de cobertura.</p> <p>Pase a la Sección F4 en la página 150.</p>	<p>¿Desea pedirnos que le devolvamos un pago por un medicamento que ya recibió y pagó?</p> <p>Puede pedirnos que le devolvamos lo que pagó. (Esto es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Pase a la Sección F4 en la página 150.</p>	<p>¿Ya le dijimos que no cubrimos o que no pagamos un medicamento de la forma que usted desea que se cubra o se pague?</p> <p>Puede presentar una apelación. (Esto significa pedirnos que reconsideremos nuestra decisión).</p> <p>Pase a la Sección F5 en 153.</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

F2. Qué es una excepción

Una excepción es el permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está en nuestra Lista de medicamentos o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones. Si un medicamento no está en nuestra Lista de medicamentos o no está cubierto de la manera que usted quisiera, puede pedirnos que hagamos una “excepción”.

Cuando nos pide hacer una excepción, su médico u otro profesional autorizado deberán explicar los motivos médicos por los que usted necesita que hagamos la excepción.

Estos son ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional autorizado pueden pedirnos:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de medicamentos.
2. Quitar una restricción en nuestra cobertura. Hay reglas o restricciones adicionales que corresponden a ciertos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos (para obtener más información, consulte al Capítulo 5, Section C, página 99).
 - Las reglas adicionales y las restricciones de cobertura para ciertos medicamentos incluyen:
 - Que se le pida usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - Obtener una aprobación del plan antes que estemos de acuerdo en cubrir el medicamento para usted. (Esto se llama a veces “autorización previa (AP)”).
 - Que se le pida probar un medicamento diferente antes que estemos de acuerdo en cubrir el medicamento que usted está pidiendo. (Esto se llama a veces “terapia por fases”).
 - Límites de cantidad. Limitamos la cantidad que usted podrá obtener de algunos medicamentos.

El término legal para pedir que se quite una restricción a la cobertura de un medicamento es una “**excepción de formulario**”.

F3. Qué debe saber cuando pide una excepción

Su médico u otro profesional autorizado deben decirnos los motivos médicos

Su médico u otro profesional autorizado deberán presentarnos una declaración explicando las razones médicas para pedirnos que hagamos una excepción. Nuestra decisión sobre la excepción será más rápida si usted incluye esta información de su médico u otro profesional autorizado cuando pida la excepción.

En general, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una enfermedad en particular. Estos se llaman medicamentos “alternativos”. En general, *no* aprobamos su pedido de una excepción si un medicamento alternativo funciona tan bien como el medicamento que está pidiendo y no causa más efectos secundarios ni otros problemas de salud.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Diremos Sí o No a su pedido de una excepción

- Si decimos **Sí** a su pedido de una excepción, esta excepción generalmente durará hasta el final del año calendario. Esto es cierto siempre y cuando su médico siga recetando el medicamento para usted y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su enfermedad.
- Si decimos que **No** a su pedido de una excepción, puede apelar para pedir una revisión sobre nuestra decisión. La Sección F5 en 153le indica cómo apelar si decimos que **No**.

La siguiente sección le indica cómo solicitar una decisión de cobertura que incluya una excepción.

F4. Cómo pedir una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D o que le devuelvan su dinero por un medicamento de la Parte D, incluyendo una excepción

Qué hacer

- Pida el tipo de decisión de cobertura que quiere. Haga su pedido por teléfono, por correo o por fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional autorizado) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre el reclamo. Puede llamarnos al 1-800-787-3311 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. No obstante, tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada fuera del horario normal de trabajo, los fines de semana y los días festivos. Deje su nombre y número de teléfono y le devolveremos la llamada antes del final del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Visite **MyHumana.com** para tener acceso las 24 horas a información como la historia de reclamaciones, la elegibilidad y la lista de medicamentos de Humana. Allí también puede utilizar el buscador de médicos y obtener noticias e información de salud.
- Usted o su médico (u otro profesional autorizado) o alguien más que esté actuando en su nombre pueden pedir una decisión de cobertura. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre.
 - Lea la Sección D en la página 132 para saber cómo autorizar a otra persona para que actúe como su representante.
 - No necesita darle un permiso por escrito a su médico u a otro profesional autorizado para que nos pidan una decisión de cobertura en su nombre.
 - Si quiere pedirnos que le devolvamos el pago por un medicamento, lea el Capítulo 7, Sección B, página 116 de este manual. En el Capítulo 7 se describen casos en los que posiblemente tenga que pedirnos que le devolvamos su dinero. También se explica cómo enviarnos los documentos necesarios para pedirnos que le devolvamos nuestra parte del costo de un medicamento por el que ya pagó.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

- Si está pidiendo una excepción, envíenos la “declaración de respaldo”. Su médico u otro profesional autorizado deben darnos los motivos médicos para la excepción del medicamento. Esto se llama “declaración de respaldo”.
- Su médico u otro profesional autorizado pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. Su médico u otro profesional autorizado también pueden explicarnos sus razones por teléfono y, después, enviarnos una declaración por fax o por correo.

Si su salud lo requiere, pídanos tomar una “decisión de cobertura rápida”

Usaremos las “fechas límite estándar” a menos que estemos de acuerdo con usar las “fechas límite rápidas”.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le daremos una respuesta a más tardar en 72 horas después de recibir la declaración de su médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le daremos una respuesta a más tardar en 24 horas después que recibamos la declaración de su médico.

En resumen: Cómo pedir una decisión de cobertura por un medicamento o por un pago

Llame por teléfono, escriba o envíenos un fax o pídale a su representante o médico u otro profesional autorizado que pregunten. Le daremos una respuesta sobre una decisión de cobertura estándar a más tardar en 72 horas. Le responderemos sobre la devolución de su dinero por un medicamento de la Parte D que ya pagó en 14 días calendario.

- Si está pidiendo una excepción, incluya la declaración de respaldo de su médico u otro profesional autorizado.
 - Usted o su médico u otro profesional autorizado pueden pedir una decisión rápida. (Las decisiones rápidas suelen llegar dentro de las 24 horas).
- ¡Lea esta sección para asegurarse de ser elegible para una decisión rápida! Léala también para encontrar información sobre las fechas límite para las decisiones.

El término legal para “decisión de cobertura rápida” es “**determinación de cobertura acelerada**”.

Podrá obtener una decisión de cobertura rápida **solo si está pidiendo un medicamento que aún no ha recibido**. (No podrá obtener una decisión de cobertura rápida si nos está pidiendo que le devolvamos el pago por un medicamento que ya compró).

Podrá obtener una decisión de cobertura rápida **solo si usando las fechas límite estándar podríamos causar daños graves a su salud o afectar su capacidad para desempeñarse**.

Si su médico u otro profesional autorizado dicen que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida” tomaremos una decisión de cobertura rápida y se lo diremos en la carta.

- Si nos pide tomar una decisión de cobertura rápida (sin el respaldo de su médico u otro profesional autorizado), decidiremos si le daremos una decisión de cobertura rápida.
- Si decidimos que su enfermedad no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, usaremos las fechas límite estándar en lugar de las rápidas.
 - Se lo diremos en una carta. En la carta se le dirá cómo presentar una queja sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

- Puede presentar una “queja rápida” y obtener una respuesta a su queja en 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para realizar quejas, incluyendo las quejas rápidas, consulte la Sección J en la página 168.

Fechas límite para una “decisión de cobertura rápida”

- Si usamos las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta a más tardar en 24 horas. Esto significa 24 horas después de recibir su pedido. O, si nos está pidiendo una excepción, esto significa 24 horas después de recibir la declaración de su médico o de su proveedor apoyando su pedido. Le daremos nuestra respuesta más rápido, si su salud nos exige hacerlo.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, enviaremos su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente examinará su pedido.
- **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos darle la cobertura en un plazo de 24 horas después de recibir su pedido o la declaración de su médico o profesional autorizado respaldando su pedido.
- **Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta explicándole por qué dijimos que **No**. En la carta también se le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una “decisión de cobertura estándar” sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Si usamos las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta a más tardar en 72 horas después de recibir su pedido. O, si nos está pidiendo una excepción, esto significa 72 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico o profesional autorizado. Le daremos nuestra respuesta más rápido, si su salud nos exige hacerlo.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, enviaremos su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, la Entidad de revisión independiente examinará su pedido.
- **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar o dar la cobertura a más tardar en 72 horas después de recibir su pedido o, si nos está pidiendo una excepción, después de recibir la declaración de apoyo de su médico o profesional autorizado.
- **Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta explicándole por qué dijimos que **No**. En la carta también se le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una “decisión de cobertura estándar” para el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta a más tardar en 14 días calendario después de recibir su pedido.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, enviaremos su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, la Entidad de revisión independiente examinará su pedido.
- **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a todo lo que pidió, le pagaremos a usted a más tardar en 14 días calendario.
- **Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta explicándole por qué dijimos que **No**. En la carta también se le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

F5. Apelación de nivel 1 para Medicamentos de la Parte D

- Para comenzar su apelación, usted, su médico u otro profesional autorizado o su representante debe comunicarse con nosotros. Incluya su nombre, información de contacto e información relacionada a la reclamación.
- Si nos escribe por una apelación estándar, puede hacer su apelación por escrito. También puede pedir una apelación llamándonos al 1-800-787-3311 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. No obstante, tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada fuera del horario normal de trabajo, los fines de semana y los días festivos. Deje su nombre y número de teléfono y le devolveremos la llamada antes del final del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Visite **MyHumana.com** para tener acceso las 24 horas a información como la historia de reclamaciones, la elegibilidad y la lista de medicamentos de Humana. Allí también puede utilizar el buscador de médicos y obtener noticias e información de salud.

En resumen: Cómo presentar una Apelación de nivel 1

Usted, su médico, profesional autorizado o su representante pueden hacer su pedido por escrito y enviarlo por correo o por fax. También puede pedir una apelación llamándonos.

- Haga su solicitud **dentro de 60 días calendario** después de la decisión que está apelando. Si pierde una fecha límite por algún motivo justificado, todavía podrá apelar.
- Usted, su médico o profesional autorizado o su representante pueden llamarnos para una apelación rápida.
 - ¡Lea esta sección para asegurarse de ser elegible para una decisión rápida! Léala también para encontrar información sobre las fechas límite para las decisiones.

- Si quiere una apelación rápida, puede apelar por escrito o puede llamarnos por teléfono.
- Presente su apelación a más tardar en **60 días calendario** a partir de la fecha del aviso que le enviamos con nuestra decisión. Si pierde esta fecha límite por un motivo justificado, podríamos darle más tiempo para apelar. Estos son ejemplos de un motivo justificado para perder una fecha límite: tuvo una enfermedad grave o no le dimos información correcta o incompleta sobre la fecha límite para presentar su apelación.
- Tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación. Para solicitar una copia, llame al Departamento de Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita.

El término legal para una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de los medicamentos de la Parte D es **“redeterminación”** del plan.

Si lo desea, usted y su médico u otro profesional autorizado pueden darnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo exige, pida una “apelación rápida”

- Si está apelando una decisión tomada por nuestro plan sobre un medicamento que todavía no haya recibido, usted y su médico u otro profesional autorizado deberán decidir si usted necesita una “apelación rápida”.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” incluidos en la Sección F4 en la página 150.

El término legal para “apelación rápida” es “reconsideración acelerada”.

Nuestro plan revisará su apelación y le dirá cuál es nuestra decisión

- Analizaremos con cuidado toda la información sobre su pedido de cobertura. Revisaremos que hayamos seguido todas las reglas cuando le dijimos que **No** a su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otro profesional autorizado para obtener más información. La persona que hará la revisión no será la misma persona que tomó la decisión de cobertura inicial.

Fechas límite para una “apelación rápida”

- Si usamos las fechas límite rápidas, le daremos nuestra respuesta a más tardar en 72 horas o antes, después de recibir su apelación si su salud lo exige.
- Si no le damos una respuesta a más tardar en esas 72 horas, enviaremos su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su apelación.
- **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos darle la cobertura a más tardar en 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta explicándole por qué dijimos que **No**.

Fechas límite para una “apelación estándar”

- Si usamos las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta a más tardar en 7 días calendario o antes, después de recibir su apelación si su salud lo exige, excepto si está pidiendo que le devolvamos el pago por un medicamento que ya compró. Si está pidiendo que le devolvamos el pago por un medicamento que ya compró, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 14 días calendario desde la recepción de su apelación. Si cree que su salud lo exige, pida una “apelación rápida”.
- Si no le damos una decisión a más tardar en 7 días calendario, o 14 días calendario si nos pidió que le devolvamos el pago por un medicamento que ya compró, le enviaremos su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su apelación.
- **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a todo lo que pidió:
 - Si aprobamos su pedido de cobertura, debemos darle la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero no más tarde de 7 días calendario después de recibir su apelación, o 14 días si está pidiendo que le devolvamos el pago por un medicamento que ya compró.
 - Si aprobamos una solicitud para devolverle el pago por un medicamento que ya compró, le enviaremos el pago a más tardar en 30 días calendario después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta explicando por qué dijimos que **No** y cómo puede apelar nuestra decisión.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

F6. Apelación de nivel 2 para Medicamentos de la Parte D

Si respondemos que **No** a todo o parte de su apelación, puede elegir si acepta esta decisión o presentar otra apelación. Si decide seguir adelante con una Apelación de nivel 2, la Entidad de revisión independiente (IRE) revisará nuestra decisión.

- Si quiere que la Entidad de revisión independiente revise su caso, su pedido de apelación debe ser por escrito. En la carta que le enviemos sobre nuestra decisión en la Apelación de nivel 1, se le explicará cómo solicitar la Apelación de nivel 2.
- Cuando apele a la Entidad de revisión independiente, enviaremos su expediente a dicha institución. Tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente llamando al Departamento de Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita.
- Tiene derecho a dar a la Entidad de revisión independiente otra información para apoyar su apelación.
- La Entidad de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con este plan ni es una agencia del gobierno.
- Los revisores de la Entidad de revisión independiente analizarán con cuidado toda la información relacionada con su apelación. La organización le enviará una carta explicando su decisión.

En resumen: Cómo presentar una Apelación de nivel 2

Si quiere que la Entidad de revisión independiente (IRE) revise su caso, debe apelar por escrito.

- Haga su solicitud dentro de **60 días calendario** después de la decisión que está apelando. Si pierde una fecha límite por algún motivo justificado, todavía podrá apelar.
- Usted, su médico u otro profesional autorizado o su representante pueden solicitar la Apelación de nivel 2.
- ¡Lea esta sección para asegurarse de ser elegible para una decisión rápida! Léala también para encontrar información sobre las fechas límite para las decisiones.

Fechas límite para una “apelación rápida” de Nivel 2

- Si su salud lo exige, pida a la Entidad de revisión independiente una “apelación rápida”.
- Si la IRE está de acuerdo con darle una “apelación rápida,” deberá responder a su Apelación de nivel 2 a más tardar en 72 horas después de recibir su apelación.
- Si la IRE dice **Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar o darle la cobertura de medicamentos a más tardar en 24 horas después de recibir la decisión.

Fechas límite para una “apelación estándar” de Nivel 2

- Si tiene que presentar una apelación estándar en el Nivel 2, la Entidad de revisión independiente deberá responder a su Apelación de nivel 2, a más tardar en 7 días calendario después de que reciba su apelación, o 14 días calendario si nos pidió que le devolvamos el pago por un medicamento que ya compró.
- Si la Entidad de revisión independiente dice **Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar o darle la cobertura de medicamentos a más tardar en 72 horas después de recibir la decisión.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

- Si la IRE aprueba un pedido para devolverle el pago por un medicamento que ya pagó, le enviaremos el pago a más tardar en 30 días calendario después de recibir la decisión.

¿Y si la IRE responde No a su Apelación de nivel 2?

No significa que la Entidad de revisión independiente está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su pedido. Eso se llama “confirmar la decisión”. También se llama “rechazar su apelación”.

El término legal para una apelación ante la IRE sobre un medicamento de Parte D es **“reconsideración”**.

Si quiere ir al Nivel 3 del proceso de apelaciones, los medicamentos que usted pide deben tener un valor mínimo en dólares. Si el valor en dólares es menor que el mínimo, no podrá seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, podrá pedir una Apelación de nivel 3. La carta que recibirá de la Entidad de revisión independiente le dirá el valor necesario en dólares para continuar con el proceso de apelación.

G. Cómo pedir que le cubramos una hospitalización más larga

Cuando le internen en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios que cubrimos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que usted salga del hospital. También le ayudarán a preparar el cuidado que necesitará después de salir.

- La fecha en que usted sale del hospital es la “fecha de su salida”.
- Su médico o el personal del hospital le dirán cuál será la fecha de su salida.

Si cree que le están pidiendo salir del hospital demasiado pronto, puede pedirnos que cubramos una estadía más larga. En esta sección se explica cómo hacerlo.

G1. Cómo informarse sobre sus derechos de Medicare

A más tardar dos días después de que le internen en el hospital, un trabajador de casos o una enfermera le dará un aviso llamado “Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos”. Si no recibe este aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Lea este aviso con cuidado y pregunte si no entiende algo. En el “Mensaje importante” se explican sus derechos como paciente en el hospital, incluyendo su derecho a:

- Obtener servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización. Tiene derecho a saber cuáles son esos servicios, quién los paga y dónde puede obtenerlos.
- Participar en las decisiones sobre el tiempo de su hospitalización.
- Saber dónde informar sobre las inquietudes que tenga sobre la calidad de su cuidado en el hospital.
- Apelar si cree que le dieron de alta del hospital demasiado pronto.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Deberá firmar el aviso de Medicare para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos. Su firma en el aviso **no** significa que esté de acuerdo con la fecha de su salida que posiblemente le hayan dicho su médico o el personal del hospital.

Guarde su copia del aviso firmado para que tenga la información si la necesita.

- Para ver una copia de este aviso por anticipado, puede llamar al Departamento de Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. No obstante, tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada fuera del horario normal de trabajo, los fines de semana y los días festivos. Deje su nombre y número de teléfono y le devolveremos la llamada antes del final del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Visite **MyHumana.com** para tener acceso las 24 horas a información como la historia de reclamaciones, la elegibilidad y la lista de medicamentos de Humana. Allí también puede utilizar el buscador de médicos y obtener noticias e información de salud. 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. La llamada es gratuita.
- También puede consultar la notificación en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.
- Si necesita ayuda, llame al Departamento de Atención al Cliente o a Medicare a los números que aparecen arriba.

G2. Apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de su salida del hospital

Si quiere que cubramos sus servicios hospitalarios por un tiempo más largo como paciente internado, deberá solicitar una apelación. Una Organización para el mejoramiento de la calidad revisará la Apelación de nivel 1 para averiguar si la fecha de su salida es médicamente adecuada. En Illinois, la Organización para el mejoramiento de la calidad se denomina Livanta.

Para presentar una apelación o cambiar la fecha del alta, llame a Livanta al:

Teléfono gratuito 1-888-524-9900
Línea TTY gratuita 1-888-985-8775

¡Llame inmediatamente!

Llame a la Organización para el mejoramiento de la calidad **antes** de salir del hospital y no después de su fecha planificada para el alta. “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos” contiene información sobre cómo comunicarse con la Organización para el mejoramiento de la calidad.

- **Si llama antes de salir del hospital**, se le permitirá quedarse después de la fecha de alta programada sin tener que pagar mientras espera la decisión sobre su apelación tomada por la Organización para el mejoramiento de la calidad.

En resumen: Cómo presentar una Apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de su salida del hospital

Llame a la Organización para el mejoramiento de la calidad de su estado al Teléfono gratuito 1-888-524-9900
Línea TTY gratuita 1-888-985-8775 y solicite una “revisión rápida”.

Llame antes de salir del hospital y antes de la fecha programada para su salida.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

- **Si no llama para apelar** y decide quedarse en el hospital después de la fecha de su salida, es posible que tenga que pagar todos los costos por cuidado recibido del hospital después de la fecha programada para su salida.
- **Si pierde la fecha límite** para comunicarse sobre su apelación con la Organización para el mejoramiento de la calidad, puede apelar directamente ante nuestro plan. Para obtener más información, consulte la Sección G4, página 160.

Queremos asegurarnos de que entiende lo que debe hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. No obstante, tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada fuera del horario normal de trabajo, los fines de semana y los días festivos. Deje su nombre y número de teléfono y le devolveremos la llamada antes del final del siguiente día hábil. La llamada y la ayuda son gratuitas. Visite **MyHumana.com** para tener acceso las 24 horas a información como la historia de reclamaciones, la elegibilidad y la lista de medicamentos de Humana. Allí también puede utilizar el buscador de médicos y obtener noticias e información de salud. También puede llamar a la Línea de ayuda a personas de la tercera edad de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. El número de teléfono es 1-800-252-8966, TTY: 1-888-206-1327. La llamada y la ayuda son gratuitas.

¿Qué es una Organización para el mejoramiento de la calidad?

Es un grupo de médicos y otros proveedores de cuidado de salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Medicare les paga para revisar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado para las personas con Medicare.

Pida una “revisión rápida”

Debe pedir a la Organización para el mejoramiento de la calidad una “**revisión rápida**” de la fecha de su salida. Pedir una “revisión rápida” significa que está pidiendo que la organización use las fechas límite rápidas para una apelación, en lugar de usar las fechas límite estándar.

El término legal para una “revisión rápida” es “**revisión inmediata**”.

¿Qué pasará durante la revisión rápida?

- Los revisores de la Organización para el mejoramiento de la calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que la cobertura debería continuar después de la fecha programada para su salida. No tiene que preparar nada por escrito, pero si quiere, puede hacerlo.
- Los revisores examinarán su expediente médico, hablarán con su médico y revisarán toda la información relacionada con su hospitalización.
- Recibirá una carta con la fecha de su salida, al medio día del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación. En la carta se le explicarán los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto que usted salga del hospital en esa fecha.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

El término legal para esta explicación por escrito es **“Aviso detallado de su salida”**.

Puede obtener una muestra llamando al Departamento de Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711) 24 horas del día, los 7 días de la semana, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del centro. La llamada es gratuita. 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). O también puede consultar una notificación de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html

¿Y si la respuesta es Sí?

- Si la Organización para el mejoramiento de la calidad responde **Sí** a su apelación, debemos seguir cubriendo sus servicios hospitalarios todo el tiempo que sea necesario por razones médicas.

¿Y si la respuesta es No?

- Si la Organización para el mejoramiento de la calidad dice **No** a su apelación, estarán diciendo que su fecha de alta es médicamente adecuada. Si esto ocurre, su cobertura por servicios hospitalarios como paciente internado terminará al mediodía del día *después* de que la Organización para el mejoramiento de la calidad le dé su respuesta.
- Si la Organización para el mejoramiento de la calidad dice **No** y usted decide quedarse en el hospital, es posible que tenga que pagar por continuar su hospitalización. El costo del cuidado de hospital que tenga que pagar comienza al mediodía del día después que la Organización para el mejoramiento de la calidad le dé su respuesta.
- Si la Organización para el mejoramiento de la calidad rechaza su apelación y usted se queda en el hospital después de la fecha programada para el alta, podrá presentar una Apelación de nivel 2.

G3. Apelación de nivel 2 para cambiar la fecha de su salida del hospital

Si la Organización para el mejoramiento de la calidad rechazó su apelación, y usted se queda en el hospital después de la fecha programada para su salida, podrá presentar una Apelación de nivel 2. Tendrá que comunicarse con la Organización para el mejoramiento de la calidad otra vez y pedir otra revisión.

Pida la revisión de Nivel 2 **a más tardar en 60 días calendario** después del día en que la Organización para el mejoramiento de la calidad respondió **No** a su Apelación de nivel 1. Podrá pedir esta revisión solamente si permaneció en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura por el cuidado.

En Illinois, la Organización para el mejoramiento de la calidad se denomina Livanta. Puede comunicarse con Livanta al: **Teléfono gratuito 1-888-524-9900**

Línea TTY gratuita 1-888-985-8775.

- Los revisores de la Organización para el mejoramiento de la calidad revisarán otra vez con cuidado toda la información relacionada con su apelación.
- Los revisores de la Organización para el mejoramiento de la calidad tomarán una decisión a más tardar en 14 días calendario después de recibir su pedido de una segunda revisión.

En resumen: Cómo presentar una Apelación de nivel 2 para cambiar la fecha de su salida del hospital

Llame a la Organización para el mejoramiento de la calidad para su estado
Teléfono gratuito 1-888-524-9900
Línea TTY gratuita 1-888-985-8775
y solicite otra revisión.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

¿Qué sucederá si la respuesta es Sí?

- Debemos devolverle nuestra parte de los costos del cuidado de hospital que recibió desde el mediodía de la fecha de la decisión de su primera apelación. Debemos seguir proporcionando cobertura por su cuidado en el hospital como paciente internado todo el tiempo que sea necesario por razones médicas.
- Deberá seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucederá si la respuesta es No?

Esto significa que la Organización para el mejoramiento de la calidad está de acuerdo con la decisión de Nivel 1 y no la cambiará. La carta que recibirá le dirá qué puede hacer si decide seguir con el proceso de apelaciones.

Si la Organización para el mejoramiento de la calidad rechaza su Apelación de nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su hospitalización después de la fecha programada para su salida.

G4. Qué sucede si pierde la fecha límite para apelar

Si no cumple con la fecha límite para realizar la apelación, hay otra manera de presentar apelaciones en Nivel 1 y Nivel 2, llamada Apelaciones alternativas. Los dos primeros niveles de apelación son diferentes.

Apelación alternativa de nivel 1 para cambiar la fecha de su salida del hospital

Si no llega a comunicarse con la Organización para el mejoramiento de la calidad antes de la fecha límite (que es en un plazo de 60 días o no más tarde de su fecha prevista de alta, lo que ocurra primero), podrá apelar ante nosotros y pedir una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación con fechas límite rápidas en lugar de la fechas límite estándar.

- Durante esta revisión, analizaremos toda la información sobre su hospitalización. Revisamos si la decisión sobre cuándo deberá salir del hospital fue justa y si cumple con todas las reglas.
- Para responder a esta revisión usaremos las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar. Esto significa que le informaremos nuestra decisión a más tardar en 72 horas después de pedirnos la “revisión rápida”.
- **Si decimos Sí a su revisión rápida**, eso significa que estamos de acuerdo con que usted deberá seguir en el hospital después de la fecha de su salida. Seguiremos cubriendo los servicios del hospital mientras sigan siendo necesario por razones médicas. Eso también significa que estamos de acuerdo con pagar nuestra parte de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.

En resumen: Cómo presentar una Apelación alternativa de Nivel 1

Llame al Departamento de Atención al Cliente y pida una “revisión rápida” de la fecha de su salida del hospital.

Le daremos nuestra decisión a más tardar en 72 horas.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

- **Si respondemos No a su revisión rápida**, estamos diciendo que la fecha de su salida era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de sus servicios en el hospital como paciente internado terminará el día que dijimos que terminaría la cobertura.
 - Si permaneció en el hospital *después* de la fecha programada para su salida, es posible que tenga que pagar el costo total del cuidado de hospital que recibió después de la fecha programada para el alta.
- Enviaremos su apelación a la Entidad de revisión independiente para verificar que hayamos seguido todas las reglas cuando respondimos **No** a su apelación rápida. Esto significará que su caso pasará automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “**apelación acelerada**”.

Apelación alternativa de nivel 2 para cambiar la fecha de su salida del hospital

Enviaremos la información para su Apelación de nivel 2 a la Entidad de revisión independiente (IRE) a más tardar en 24 horas después de tomar nuestra decisión de Nivel 1. Si cree que no estamos cumpliendo con esta fecha límite o con alguna otra fecha límite, puede presentar una queja. En la Sección J en la página 168 se explica cómo presentar una queja.

Durante la Apelación de nivel 2, la Entidad de revisión independiente revisará la decisión que tomamos cuando dijimos que **No** a su “revisión rápida”. Esta organización decidirá si debemos cambiar nuestra decisión.

- La Entidad de revisión independiente hará una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores generalmente le darán una respuesta a más tardar en 72 horas.
- La Entidad de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno.
- Los revisores de la Entidad de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación sobre la fecha de su salida del hospital.
- Si la Entidad de revisión independiente responde **Sí** a su apelación, debemos devolverle a usted nuestra parte de los costos del cuidado de hospital que usted recibió desde la fecha programada para su salida del hospital. También debemos continuar nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios mientras sean necesarios por razones médicas.
- Si la Entidad de revisión independiente dice **No** a su apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha programada para su salida del hospital era médicamente adecuada.
- En la carta que recibirá de la Entidad de revisión independiente se le dirá qué puede hacer si usted decide seguir con el proceso de revisión. Además, se le darán los detalles sobre cómo presentar una Apelación de nivel 3, la que estará a cargo de un juez.

En resumen: Cómo presentar una Apelación alternativa de Nivel 2

No tiene que hacer nada. El plan automáticamente enviará su apelación a la Entidad de Revisión Independiente.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

H. Qué hacer si cree que sus servicios de cuidado de salud en el hogar, en una institución de enfermería especializada o en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) terminarán demasiado pronto

Esta sección es solo sobre los siguientes tipos de cuidado:

- Servicios de cuidado de salud en el hogar.
- Cuidado de enfermería especializada en una institución de enfermería especializada.
- Cuidado de rehabilitación que está recibiendo como paciente externo en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) aprobada por Medicare. Generalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento para una enfermedad o accidente o que se está recuperando de una operación importante.
 - Con cualquiera de estos tres tipos de cuidado tiene derecho a seguir recibiendo servicios cubiertos mientras el médico diga que los necesita.
 - Cuando decidamos dejar de cubrir cualquiera de estos tipos de cuidado, debemos avisarle antes que terminen sus servicios. Cuando termine su cobertura para ese cuidado, *dejaremos de pagar por su cuidado*.

Si cree que estamos terminando la cobertura de su cuidado demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección se explica cómo solicitar una apelación.

H1. Le avisaremos por anticipado cuándo terminará su cobertura

Recibirá un aviso por lo menos dos días antes que dejemos de pagar por su cuidado. Esto se llama “Notificación de no cobertura de Medicare”. El aviso escrito le indica la fecha en que dejaremos de cubrir su cuidado y cómo apelar esta decisión.

Usted o su representante debe firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió. Su firma en el aviso no significa que usted esté de acuerdo con la decisión del plan de que es tiempo que deje de recibir el cuidado.

Cuando termine su cobertura, dejaremos de pagar.

H2. Apelación de nivel 1 para continuar su cuidado

Si cree que estamos terminando la cobertura de su cuidado demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. En esta sección se explica cómo solicitar una apelación.

Antes de comenzar su apelación, entienda lo que necesita hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de entender y cumplir con las fechas límite que corresponden a lo que usted debe hacer. También hay fechas límite que nuestro plan debe seguir. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestras fechas límite, puede presentar una queja. En la Sección J en la página 168 se explica cómo presentar una queja).



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. No obstante, tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada fuera del horario normal de trabajo, los fines de semana y los días festivos. Deje su nombre y número de teléfono y le devolveremos la llamada antes del final del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Visite **MyHumana.com** para tener acceso las 24 horas a información como la historia de reclamaciones, la elegibilidad y la lista de medicamentos de Humana. Allí también puede utilizar el buscador de médicos y obtener noticias e información de salud. O llame a la Línea de ayuda a personas de la tercera edad 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.

En resumen: Cómo presentar una Apelación de nivel 1 para solicitar al plan que continúe su cuidado

Llame a la Organización para el mejoramiento de la calidad de su estado al teléfono gratuito 1-888-524-9900 Línea TTY gratuita 1-888-985-8775 y solicite una “apelación por vía rápida”.

Haga la llamada antes de salir de la agencia o institución que esté proporcionando su cuidado y antes de la fecha programada para el alta.

Durante una Apelación de nivel 1, la Organización para el mejoramiento de la calidad revisará su apelación y decidirá si cambia la decisión que hayamos tomado. En Illinois, la Organización para el mejoramiento de la calidad se denomina Livanta. Puede comunicarse con Livanta al:

Teléfono gratuito 1-888-524-9900
Línea TTY gratuita 1-888-985-8775.

La información sobre cómo apelar ante la Organización para el mejoramiento de la calidad se encuentra también en la Notificación de no cobertura de Medicare. Ésta es la notificación que recibió cuando le dijeron que dejarían de cubrir su cuidado.

¿Qué es una Organización para el mejoramiento de la calidad?

Es un grupo de médicos y otros proveedores de cuidado de salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Medicare les paga para revisar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado para las personas con Medicare.

¿Qué debe pedirles?

Pídales una “apelación de vía rápida”. Ésta es una revisión independiente para determinar si es médicamente adecuado que suspendamos la cobertura de sus servicios.

¿Cuál es la fecha límite para comunicarse con esta organización?

- Debe comunicarse con la Organización para el mejoramiento de la calidad a más tardar al mediodía del día siguiente de haber recibido un aviso por escrito de cuándo dejaremos de cubrir su cuidado.
- Si pierde la fecha límite para comunicarse sobre su apelación con la Organización para el mejoramiento de la calidad, puede presentarnos la apelación directamente a nosotros. Para obtener detalles acerca de esta otra forma de presentar una apelación, consulte la Sección H4, página 165.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated**.

El término legal para el aviso por escrito es **“Notificación de no cobertura de Medicare”**.

Para obtener una copia de muestra, llame al Departamento de Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. O llame 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).

O consulte la copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI.

¿Qué sucederá durante la revisión hecha por la Organización para el mejoramiento de la calidad?

- Los revisores de la Organización para el mejoramiento de la calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero si quiere, puede hacerlo.
- Cuando presente una apelación, el plan deberá escribir una carta a usted y a la Organización para el mejoramiento de la calidad, explicando por qué deberían terminar sus servicios.
- Los revisores también analizarán sus expedientes médicos, hablarán con su médico y revisarán la información que nuestro plan les haya dado.
- **A más tardar un día completo después que los revisores tengan toda la información que necesiten, le dirán su decisión.** Recibirá una carta explicando la decisión.

El término legal para la carta que explica por qué deben terminar sus servicios es **“Explicación detallada sobre la falta de cobertura”**.

¿Qué sucederá si los revisores dicen Sí?

- Si los revisores dicen **Sí** a su apelación, debemos seguir proporcionando sus servicios cubiertos mientras sean necesarios por razones médicas.

¿Qué sucede si los revisores dicen que No?

- Si los revisores dicen **No** a su apelación, su cobertura terminará en la fecha que le dijimos. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de este cuidado.
- Si decide seguir recibiendo cuidado de salud en el hogar, en una institución de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) después de la fecha en que termine su cobertura, es posible que tenga que pagar el costo total por este cuidado.

H3: Apelación de nivel 2 para continuar su cuidado

Si la Organización para el mejoramiento de la calidad respondió **No** a la apelación **y** usted elige seguir recibiendo cuidado después que termine su cobertura, podrá presentar una Apelación de nivel 2.

Durante la Apelación de nivel 2, la Organización para el mejoramiento de la calidad revisará de nuevo la decisión que tomó en el Nivel 1. Si están de acuerdo con la decisión de Nivel 1, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de cuidado de la salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) después de la fecha en que dimos que finalizaría la cobertura.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

En Illinois, la Organización para el mejoramiento de la calidad se denomina Livanta. Puede comunicarse con Livanta al:

Teléfono gratuito 1-888-524-9900

Línea TTY gratuita 1-888-985-8775. Pida la revisión de Nivel 2 **a más tardar en 60 días calendario** después del día en que la Organización para el mejoramiento de la calidad respondió **No** a su Apelación de nivel 1. Podrá pedir esta revisión solo si siguió recibiendo cuidado después de la fecha en que terminó su cobertura por el cuidado.

- Los revisores de la Organización para el mejoramiento de la calidad revisarán otra vez con cuidado toda la información relacionada con su apelación.
- La Organización para el mejoramiento de la calidad tomará una decisión a más tardar en 14 días calendario después de recibir su pedido de apelación.

¿Qué sucederá si la organización de revisión dice que Sí?

- Debemos devolverle nuestra parte de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. Debemos seguir proporcionando cobertura por el cuidado todo el tiempo que sea necesario por razones médicas.

¿Qué sucederá si la organización de revisión dice que No?

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en la Apelación de nivel 1 y que no la cambiarán.
- En la carta que reciba se le dirá qué hacer si usted decide seguir con el proceso de revisión. Se le darán detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez.

H4: Qué sucede si pierde la fecha límite para presentar su Apelación de nivel 1

Si no cumple con la fecha límite para realizar la apelación, hay otra manera de presentar apelaciones en Nivel 1 y Nivel 2, llamada Apelaciones alternativas. Los dos primeros niveles de apelación son diferentes.

Apelación alternativa de Nivel 1 para continuar su cuidado por más tiempo

Si pierde la fecha límite para comunicarse con la Organización para el mejoramiento de la calidad, podrá apelar ante nosotros y pedirnos una “revisión rápida”. Es una apelación que usa las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar.

- Durante esta revisión, analizaremos toda la información sobre su cuidado de salud en el

En resumen: Cómo presentar una Apelación de nivel 2 para solicitar que el plan cubra el cuidado por más tiempo

Llame a la Organización para el mejoramiento de la calidad para su estado
Teléfono gratuito 1-888-524-9900
Línea TTY gratuita 1-888-985-8775
y solicite otra revisión.

Haga la llamada antes de salir de la agencia o institución que esté proporcionando su cuidado y antes de la fecha programada para su salida.

En resumen: Cómo presentar una Apelación alternativa de Nivel 1

Llame al Departamento de Atención al Cliente y pida una “revisión rápida”.

Le daremos nuestra decisión a más tardar en 72 horas.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

hogar, cuidado en una institución de enfermería especializada o el cuidado que recibió en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés). Revisaremos si la decisión sobre cuándo deberán terminar sus servicios fue justa y si se siguieron todas las reglas.

- Usaremos las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar para darle la respuesta a esta revisión. Le daremos nuestra decisión a más tardar en 72 horas después de pedirnos una “revisión rápida”.
- **Si respondemos que Sí a su revisión rápida**, significa que estamos de acuerdo con seguir cubriendo sus servicios mientras sean necesarios por razones médicas. Eso también significa que estamos de acuerdo con pagar nuestra parte de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.
- **Si respondemos que No a su revisión rápida**, estamos diciendo que terminar sus servicios fue médicamente apropiado. Nuestra cobertura terminará el día que dijimos que terminaría la cobertura.

Si sigue recibiendo servicios después del día en que se definió que terminarían, **podría tener que pagar el costo total** de los servicios.

Enviaremos su apelación a la Entidad de revisión independiente para verificar que hayamos seguido todas las reglas cuando respondimos **No** a su apelación rápida. Esto significa que su caso pasará automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es **“apelación acelerada.”**

Apelación alternativa de nivel 2 para continuar su cuidado por más tiempo

Enviaremos la información para su Apelación de nivel 2 a la Entidad de revisión independiente (IRE, por sus siglas en inglés) a más tardar en 24 horas después de tomar nuestra decisión de nivel 1. Si cree que no estamos cumpliendo con esta fecha límite o con alguna otra fecha límite, puede presentar una queja. En la Sección J, en la página 168, se explica cómo presentar una queja.

En resumen: Cómo hacer una Apelación de nivel 2 para solicitar que el plan continúe con su cuidado

No tiene que hacer nada. El plan automáticamente enviará su apelación a la Entidad de Revisión Independiente.

Durante la Apelación de nivel 2, la Entidad de revisión independiente revisará la decisión que tomamos cuando dijimos **No** a su “revisión rápida”. Esta organización decidirá si debemos cambiar nuestra decisión.

- La Entidad de revisión independiente hará una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores generalmente le darán una respuesta a más tardar en 72 horas.
- La Entidad de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno.
- Los revisores de la Entidad de revisión independiente analizarán con cuidado toda la información relacionada con su apelación.
- **Si la Entidad de revisión independiente dice que Sí** a su apelación, debemos devolverle nuestra parte de los costos de su cuidado. Tenemos que continuar nuestra cobertura de sus servicios mientras sea necesario por razones médicas.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

- **Si la Entidad de revisión independiente dice que No** a su apelación, esto significa que están de acuerdo con nosotros en que suspender la cobertura de los servicios fue médicamente adecuado.

En la carta que recibirá de la Entidad de revisión independiente se le dirá qué puede hacer si usted decide seguir con el proceso de revisión. Además, se le darán los detalles sobre cómo presentar una Apelación de nivel 3, la que estará a cargo de un juez.

I: Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

I1. Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medicare

Si hizo una Apelación de nivel 1 y una Apelación de nivel 2 por servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones se rechazaron, usted tiene derecho a niveles adicionales de apelación. La carta que reciba de la Entidad de revisión independiente le explicará qué hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia con un Juez de derecho administrativo. La persona tomando la decisión en una Apelación de nivel 3 es un Juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. Si quiere que un Juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador revise su caso, el artículo o servicio médico que está pidiendo debe cumplir con una cantidad mínima en dólares. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no podrá apelar más. Si el valor en dólares es suficientemente alto, puede pedir a un Juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador que escuche su apelación.

Si no está de acuerdo con la decisión tomada por el Juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador, puede dirigirse al Consejo de Apelaciones de Medicare. Después de ese paso, es posible que tenga el derecho a pedir que un tribunal federal examine su apelación.

Si necesita ayuda en cualquier momento del proceso de apelación, puede comunicarse con la Línea de ayuda para personas de la tercera edad de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m. El número de teléfono es 1-800-252-8966, (TTY: 1-888-206-1327). La llamada y la ayuda son gratuitas.

I2: Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medicaid

También tiene otros derechos de apelación si su apelación es sobre servicios o artículos que podrían ser cubiertos por Medicaid.

Después de que su Apelación de nivel 2 en la oficina de Audiencias justas del Estado haya concluido, recibirá una decisión por escrito llamada "Decisión Administrativa Final". Esta decisión será hecha por el Director de la agencia basándose en las recomendaciones del Oficial de Audiencias Imparciales. La oficina de Audiencias le enviará a usted y a todas las partes interesadas la decisión por escrito. Esta decisión puede ser revisada únicamente a través del Circuito de Tribunales del Estado de Illinois. El tiempo que el Circuito de Tribunales permitirá para presentar la solicitud para dichas revisiones podría ser tan corto como 35 días a partir de la fecha de la Decisión Administrativa Final.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

J: Cómo presentar una queja

J1. ¿Qué tipos de problemas deberían causar una queja?

El proceso de quejas se usa solo para algunos tipos de problemas, como problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera y los servicios al cliente. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas que resuelve el proceso de quejas.

Quejas sobre la calidad

- Si no está contento con la calidad del cuidado, como el cuidado que recibió en el hospital.

Quejas sobre la privacidad

- Si le parece que alguien no respetó su derecho de privacidad o compartió información sobre usted que es confidencial.

Quejas sobre el mal servicio al cliente

- Si un proveedor de cuidado de salud fue grosero o le faltó al respeto.
- Si el personal de Humana Gold Plus Integrated lo trató mal.
- Si cree que lo están sacando del plan.

Quejas sobre la accesibilidad

- No puede acceder físicamente a los servicios de cuidado de la salud y a las instalaciones del consultorio de un médico u otro proveedor.
- Su proveedor no le ofrece las adaptaciones razonables que usted necesita, como un Intérprete de idioma de señas estadounidense.

Quejas sobre los tiempos de espera

- Si tiene problemas para obtener una cita o si esperó demasiado tiempo para obtenerla.
- Si los médicos, farmacéuticos y otros profesionales de la salud o el Departamento de Atención al Cliente y otros miembros del personal del plan lo han hecho esperar demasiado tiempo.

Quejas sobre la limpieza

- Si le parece que la clínica, hospital o consultorio del proveedor no están limpios.

Quejas sobre el acceso lingüístico

- Su doctor o su proveedor no le proporcionan un intérprete durante su cita.

De un vistazo: Cómo presentar una queja

Puede presentar una queja interna ante nuestro plan o un reclamo externo ante una organización que no esté relacionada con nuestro plan.

Para presentar una queja interna, llame al Departamento de Atención al Cliente o envíenos una carta.

Hay distintas organizaciones que tratan las quejas externas. Para obtener más información, lea la Sección J2 en la página 169.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Quejas sobre las comunicaciones que recibe de nosotros

- Si le parece que no le enviamos un aviso o carta que debió haber recibido.
- Si cree que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender.

Quejas sobre la puntualidad de nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura o apelaciones

- Si cree que no estamos cumpliendo con nuestras fechas límite para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación.
- Si cree que después de obtener una decisión de cobertura o apelación a su favor, no estamos cumpliendo con las fechas límite para aprobar o darle el servicio o devolverle el pago por ciertos servicios médicos.
- Si cree que no enviamos a tiempo su caso a la Entidad de revisión independiente.

El término legal para una “queja” es un **“queja formal”**.

El término legal para “presentar una queja” es **“interponer una queja formal”**.

¿Hay tipos diferentes de quejas?

Sí. Puede presentar una queja interna o externa. Una queja interna se presenta ante el plan y éste la revisa. Una queja externa se presenta ante una organización no afiliada con nuestro plan, quien la revisa. Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, puede llamar a la Línea de ayuda para personas de la tercera edad al 1-800-252-8966 (TTY: 1-888-206-1327), de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m. La llamada y la ayuda son gratuitas.

J2. Quejas internas

- Para presentar una queja interna, llame al Departamento de Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. Puede presentar la reclamación en cualquier momento a menos que se trate de los medicamentos de la Parte D. Si se trata de un medicamento de la Parte D, debe presentar su reclamación **en un plazo de 60 días** calendario después de haber tenido el problema.
- Si hay algo más que usted deba hacer, el Departamento de Atención al Cliente se lo informará.
- También puede presentar su queja por escrito y enviarla. Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.
- Puede enviarnos su queja por escrito a:
Humana Inc.
Atención: Grievance and Appeal
P.O. Box 14546
Lexington, KY 40512-4546.
- Deberá incluir sobre quién o qué es la queja (consulte la Sección J1, página 168, para conocer algunos ejemplos de asuntos sobre los cuales puede presentar una queja) y cualquier tipo de información



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

que respalde dicha queja (fecha del incidente, números de referencia, números de reclamación, etc.). Humana Gold Plus Integrated revisará la queja y solicitará información adicional. Humana Gold Plus Integrated le informará sobre el resultado de la queja dentro de 30 días de la recepción de la queja.

- Si presenta una queja porque rechazamos su pedido sobre una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, le daremos automáticamente una “queja rápida” y responderemos a su queja dentro de 24 horas.

El término legal para una “queja rápida” es “queja formal acelerada”.

Si es posible, le contestaremos en el momento. Si nos llama para presentar una queja, es posible que podamos contestarle en la misma llamada telefónica. Si su afección de salud requiere una respuesta rápida, lo haremos.

- Respondemos la mayoría de las quejas a más tardar en 30 días calendario. Si necesitamos más información y el retraso le conviene a usted o si nos pide más tiempo, podríamos tardar hasta 14 días calendario más (en total 44 días calendario) para responder a su queja. Le diremos por escrito por qué necesitamos más tiempo.
- Si presenta una queja porque rechazamos su pedido sobre una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, le daremos automáticamente una “queja rápida” y responderemos a su queja dentro de 24 horas.
- Si presenta una queja porque tomamos tiempo adicional para tomar una decisión de cobertura rápida o de apelación, le daremos automáticamente una “queja rápida” y responderemos a su queja dentro de 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con parte o con toda su queja, le diremos y le daremos nuestros motivos. Le responderemos, ya sea que estemos de acuerdo o no con la queja.

J3. Quejas externas

Puede hablar con Medicare sobre su queja

Puede enviar su queja a Medicare. El Formulario para presentar quejas a Medicare está disponible en: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Medicare toma muy seriamente sus quejas y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene más comentarios o inquietudes o si cree que el plan no está solucionando su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de los servicios de TTY (personas con dificultades para oír o hablar) pueden llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

Puede informar sobre su queja al Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios Familiares de Illinois

Para presentar una queja ante el Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios Familiares de Illinois, envíe un correo electrónico a Aging.HCOProgram@illinois.gov.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Puede presentar una queja ante la Oficina de derechos civiles

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos, si le parece que ha sido tratado injustamente. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre el acceso para discapacitados o sobre asistencia con el idioma. El número de teléfono de la Oficina de Derechos Civiles es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

También puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles en:

Office of Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
233 N. Michigan Ave., Suite 240
Chicago, IL 60601
1-800-368-1019
TTY: 1-800-537-7697

También puede tener derechos según la Ley de Estadounidenses con Discapacidades y la Ley de Derechos Humanos de Illinois. Para pedir ayuda, puede comunicarse con la Línea de ayuda para personas de la tercera edad, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m. El número de teléfono es 1-800-252-8966, TTY: 1-888-206-1327. La llamada y la ayuda son gratuitas.

Puede presentar una queja ante la Organización para el mejoramiento de la calidad

Si su queja es sobre calidad del cuidado, también tiene dos opciones:

- Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad del cuidado directamente a la Organización para el mejoramiento de la calidad (sin presentarla a nosotros).
- O puede presentarnos su queja a nosotros **y** a la Organización para el mejoramiento de la calidad. Si presenta una queja a esta organización, trabajaremos con ellos para resolver su queja.

La Organización para el mejoramiento de la calidad es un grupo de médicos y otros expertos de cuidado de salud, pagados por el gobierno federal para revisar y mejorar el cuidado que se da a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la Organización para el mejoramiento de la calidad, consulte el Capítulo 2.

En Illinois, la Organización para el mejoramiento de la calidad se denomina Livanta. El número telefónico de Livanta es el número gratuito 1-888-524-9900
Línea TTY gratuita 1-888-985-8775



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Capítulo 10: Cómo terminar su participación en nuestro plan de Medicare-Medicaid

Introducción

Este capítulo describe cuándo y cómo puede terminar su participación en nuestro plan y sus opciones de cobertura de salud después de dejar el plan. Si se retira de nuestro plan, continuará participando en los programas de Medicare y Medicaid, siempre y cuando sea elegible. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del afiliado*.

Índice

A. Cuándo puede finalizar su afiliación en nuestro plan de Medicare-Medicaid	172
B. Cómo terminar su afiliación en nuestro plan	173
C. Cómo inscribirse en otro plan de Medicare-Medicaid	174
D. Cómo obtener los servicios de Medicare y Medicaid por separado	174
D1. Maneras de obtener sus servicios de Medicare	174
D2. Cómo obtener sus servicios de Medicaid	176
E. Siga recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan hasta que termine su participación	176
F. Otras circunstancias en que terminará su participación	176
G. Reglas contra pedirle que deje nuestro plan por cualquier motivo relativo a su salud	177
H. Su derecho a presentar una queja si terminamos su participación en nuestro plan	177
I. Cómo obtener más información sobre cómo terminar su participación en el plan	178

A. Cuándo puede finalizar su afiliación en nuestro plan de Medicare-Medicaid

Puede pedir terminar su participación en Humana Gold Plus en cualquier momento durante el año inscribiéndose en otro plan de Medicare Advantage, inscribiéndose en otro plan de Medicare-Medicaid o cambiando a Medicare Original.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Si desea volver a recibir sus servicios de Medicare y Medicaid por separado:

- Su participación terminará el último día del mes en que el Servicio de inscripción de clientes de Illinois o Medicare reciban su pedido de cambio de su plan. Su cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente. Por ejemplo, si el Servicio de inscripción de clientes de Illinois o Medicare reciben su solicitud el 18 de enero, su cobertura nueva comenzará el 1º de Febrero.

Si quiere cambiar a un plan de Medicare-Medicaid diferente:

- Si pidió cambiar de planes antes del día 18 del mes, su participación terminará el último día de ese mismo mes. Su cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente. Por ejemplo, si Servicios de inscripción de clientes de Illinois recibe su pedido el 6 de agosto, su cobertura en el plan nuevo comenzará el 1 de septiembre.
- Si pidió cambiar de planes después del día 18 del mes, su participación terminará el último día del mes siguiente. Su cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente a ése. Por ejemplo, si Servicios de inscripción de clientes de Illinois recibe su pedido el 24 de agosto, su cobertura en el plan nuevo comenzará el 1º de octubre.

Si deja nuestro plan, puede obtener información sobre sus:

- Opciones de Medicare en la tabla de la página 174-175.
- Servicios de Medicaid en la página 176.

Puede obtener más información sobre cuándo puede terminar su participación llamando a:

- Servicios de inscripción de clientes de Illinois al 1-877-912-8880, de 8 a.m. a 6 p.m. hora del centro, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576.
- Programa de seguro de salud para adultos mayores (SHIP) al 1-800-252-8966, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

NOTA: Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar a un plan diferente. Consulte el Capítulo 5, Sección G3, página 106 para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos.

B. Cómo terminar su afiliación en nuestro plan

Si decide poner fin a su afiliación, informe a Medicaid o Medicare que desea dejar el plan Humana Gold Plus Integrated:

- Llame a Servicios de inscripción al cliente de Illinois al 1-877-912-8880, de 8 a.m. a 6 p.m. hora del centro, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576; O
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de los servicios de TTY (personas con dificultades para oír o hablar) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también podrá inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Encontrará más información sobre cómo obtener servicios de Medicare cuando salga de nuestro plan en la tabla en la página 174-175.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

C. Cómo inscribirse en otro plan de Medicare-Medicaid

Si quiere seguir recibiendo sus beneficios de Medicare y Medicaid juntos en un solo plan, puede inscribirse en otro Plan de Medicare-Medicaid.

Para inscribirse en otro Plan de Medicare-Medicaid:

- Llame a Servicios de inscripción al cliente de Illinois al 1-877-912-8880, de 8 a.m. a 6 p.m. hora del centro, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576. Dígalos que quiere salir del plan Humana Gold Plus Integrated y unirse a otro plan de Medicare-Medicaid. Si no está seguro en qué plan quiere inscribirse, ellos le pueden explicar sobre otros planes que hay en su área.
- Si es elegible para un Período especial de inscripción y la oficina de Servicios de inscripción al cliente de Illinois recibe su pedido antes del 18 del mes, su cobertura con Humana Gold Plus Integrated terminará el último día de ese mismo mes. Si la oficina de Servicios de inscripción al cliente de Illinois recibe su pedido después del 18 del mes, su cobertura con Humana Gold Plus Integrated terminará el último día del mes siguiente. Consulte la Sección A arriba para obtener más información sobre cuándo puede finalizar su afiliación.

D. Cómo obtener los servicios de Medicare y Medicaid por separado

Si no quiere inscribirse en otro plan de Medicare y Medicaid después de dejar de participar en Humana Gold Plus Integrated, volverá a obtener sus servicios de Medicare y Medicaid por separado.

D1. Maneras de obtener sus servicios de Medicare

Podrá elegir cómo recibe sus beneficios de Medicare.

Tiene tres opciones para obtener sus servicios de Medicare. Al seleccionar una de estas opciones, automáticamente terminará su participación en nuestro plan.

1. Puede cambiarse a:	Esto es lo que tiene que hacer:
<p>Un plan de salud de Medicare, como un plan Medicare Advantage o un Programa de cobertura total de salud para personas mayores (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)</p>	<p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llame al Programa de seguro de salud para adultos 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. La llamada y la ayuda son gratuitas. <p>Su inscripción en Humana Gold Plus Integrated se desafiliará automáticamente cuando comience la cobertura de su plan nuevo.</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

<p>2. Puede cambiarse a:</p> <p>Medicare original con un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado</p>	<p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llame al Programa de seguro de salud para adultos 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. La llamada y la ayuda son gratuitas. <p>Su inscripción en Humana Gold Plus Integrated se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura de Medicare original.</p>
<p>3. Puede cambiarse a:</p> <p>Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados por separado</p> <p>NOTA: Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted le diga a Medicare que no se quiere inscribir.</p> <p>Debe cancelar la cobertura para medicamentos recetados solo si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como de un patrono o sindicato. Si tiene alguna pregunta sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame a su Programa de seguro de salud para adultos mayores (SHIP, por sus siglas en inglés) al 1-800-252-8966. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327.</p>	<p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llame al Programa de seguro de salud para adultos 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. <p>Su inscripción en Humana Gold Plus Integrated se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura de Medicare original.</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

D2. Cómo obtener sus servicios de Medicaid

Si deja el plan de Medicare-Medicaid, recibirá sus servicios de Medicaid a través de cargo por servicio o tendrá que unirse al programa de Servicios y respaldos administrados a largo plazo (MLTSS, por sus siglas en inglés) de HealthChoice Illinois para recibir sus servicios de Medicaid.

Si no está en una institución de cuidado para personas mayores ni está inscrito en un programa de excepción de Servicios basados en el hogar y la comunidad (exención de HCBS), recibirá sus servicios a través de Medicaid con cobro por servicio. Puede utilizar a cualquier proveedor que acepte Medicaid y nuevos pacientes.

Si está en una institución de cuidado para personas mayores o está inscrito en una exención de HCBS, tendrá que unirse al Programa de HealthChoice Illinois MLTSS para obtener sus servicios de Medicaid.

Para elegir un plan de salud de HealthChoice Illinois MLTSS, puede llamar a Servicios de inscripción de clientes de Illinois al 1-877-912-8880, de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. hora del centro. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576. Dígales que quiere dejar Humana Gold Plus Integrated y unirse a un plan de salud de HealthChoice Illinois MLTSS.

Si no selecciona un plan de Servicios y apoyos a largo plazo administrados (MLTSS) de HealthChoice Illinois, se le asignará un plan de salud de MLTSS de HealthChoice Illinois de nuestra compañía.

Después de inscribirse en un plan de salud de HealthChoice Illinois MLTSS, tendrá 90 días para cambiarse a otro plan de salud de HealthChoice Illinois MLTSS.

Recibirá una tarjeta de identificación del afiliado nueva, un *Manual del afiliado* nuevo y un *Directorio de proveedores* de su plan de salud de HealthChoice Illinois MLTSS.

E. Siga recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan hasta que termine su participación

Si deja Humana Gold Plus Integrated podría pasar algún tiempo antes de que termine su afiliación y que comience su cobertura nueva de Medicare y Medicaid. Durante este período, seguirá recibiendo su cuidado de salud y medicamentos a través de nuestro plan.

- **Utilice nuestra red de proveedores para recibir cuidado médico.**
- **Utilice nuestra red de farmacias para surtir sus recetas.**
- **Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía, nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que sea dado de alta.** Esto pasará incluso si su cobertura nueva de salud comienza antes de que le den de alta.

F. Otras circunstancias en que terminará su participación

Estos son los casos en los que Humana Gold Plus Integrated debe poner fin a su membresía en el plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de la Parte A y Parte B de Medicare.
- Si ya no es elegible para Medicaid. Nuestro plan es para personas elegibles para ambos, Medicare y Medicaid.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

- Si está fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o se va por un viaje largo, debe llamar al Departamento de Atención al Cliente para averiguar si el lugar a dónde se muda o viaja está en el área de servicio de nuestro plan.
- Si le encarcelan.
- Si miente o retiene información sobre otros seguros que tenga para medicamentos recetados.
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no está presente legalmente en los Estados Unidos.
 - Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o estar presente legalmente en los Estados Unidos para ser afiliado de nuestro plan.
 - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid nos avisarán si no es elegible para seguir siendo afiliado en estas condiciones.
 - Debemos desafiliarlo si no cumple con este requisito.

Podremos hacer que deje nuestro plan por los siguientes motivos, solamente si primero recibimos permiso de Medicare y Medicaid:

- Si nos da información incorrecta intencionalmente al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si se comporta continuamente de manera perjudicial y nos dificulta proporcionarle cuidado médico a usted y otros afiliados de nuestro plan.
- Si deja que alguien más use su Tarjeta de identificación de afiliado para obtener cuidado médico.
 - Si terminamos su participación por este motivo, Medicare podría pedir que el Inspector general investigue su caso.

G. Reglas contra pedirle que deje nuestro plan por cualquier motivo relativo a su salud

Si le parece que se le ha pedido dejar nuestro plan por algún motivo relativo a su salud, deberá llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar 24 horas del día, los 7 días de la semana. Debe llamar también a la Línea directa de beneficios médicos del Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios para Familias de Illinois al 1-800-226-0768, de 8 a.m. a 4:30 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-204-1012.

H. Su derecho a presentar una queja si terminamos su participación en nuestro plan

Si terminamos su participación en nuestro plan, debemos darle por escrito nuestros motivos por hacerlo. También debemos explicarle cómo puede presentar una querrela o una queja sobre nuestra decisión de terminar su participación. También puede consultar el Capítulo 9, Sección J, página 168 para obtener información sobre cómo presentar una queja.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

I. Cómo obtener más información sobre cómo terminar su participación en el plan

Si tiene alguna pregunta o si quiere más información sobre cuándo podemos terminar su afiliación, puede llamar al Departamento de Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. No obstante, tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada fuera del horario normal de trabajo, los fines de semana y los días festivos. Deje su nombre y número de teléfono y le devolveremos la llamada antes del final del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Visite **MyHumana.com** para tener acceso las 24 horas a información como la historia de reclamaciones, la elegibilidad y la lista de medicamentos de Humana. Allí también puede utilizar el buscador de médicos y obtener noticias e información de salud.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated**.

Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye avisos legales que se aplican a su afiliación en Humana Gold Plus Integrated. Los términos claves y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del afiliado*.

Índice

A. Aviso sobre las leyes	179
B. Aviso sobre no discriminación	179
C. Aviso sobre Humana Gold Plus Integrated como pagador secundario	180
C1. Derecho de subrogación de Humana Gold Plus Integrated	180
C2. Derecho de reembolso de Humana Gold Plus Integrated	180
C3. Sus responsabilidades	180
D. Confidencialidad del paciente y aviso sobre prácticas de privacidad	181

A. Aviso sobre las leyes

Hay muchas leyes que se aplican a este *Manual del afiliado*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen o se explican en este manual. Las leyes principales que se aplican a este manual son las leyes federales sobre los programas Medicare y Medicaid. Es posible que también se apliquen otras leyes federales y del estado.

B. Aviso sobre no discriminación

Toda compañía o agencia que trabaje con Medicare y Medicaid debe obedecer las leyes que le protegen de la discriminación o del trato injusto. No discriminamos ni tratamos de manera diferente a nadie debido a su edad, experiencia de reclamaciones, color, etnia, evidencia de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica dentro del área de servicio, estado de salud, historia clínica, discapacidad mental, lingüística o física, origen nacional, raza, religión, sexo u orientación sexual.

Si quiere más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o el trato injusto:

- Llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de los servicios de TTY (personas con dificultades para oír o hablar) pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.
-



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

- Llame a su Oficina de Derechos Civiles local al 1-800-368-1019. Los usuarios de los servicios de TTY (personas con dificultades para oír o hablar) 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 comunicarse con los servicios de cuidado de la salud o con un proveedor, llame al Departamento de Atención al Cliente. Si tiene alguna queja, como un problema con el acceso en silla de ruedas, el Departamento de Atención al Cliente puede ayudarle.

C. Aviso sobre Humana Gold Plus Integrated como pagador secundario

A veces alguna otra persona tiene que pagar primero por los servicios que le proporcionamos a usted. Por ejemplo, si tiene un accidente de automóvil o se lesiona en el trabajo, el seguro o el programa de compensación laboral tiene que pagar primero.

Humana Gold Plus Integrated tiene el derecho y la responsabilidad de cobrar el pago por los servicios cubiertos cuando otra persona o entidad tiene que pagar primero.

C1. Derecho de subrogación de Humana Gold Plus Integrated

La subrogación es el proceso por el que Humana Gold Plus Integrated obtiene la devolución del costo total o parte de los costos de su cuidado de salud de otro asegurador. Estos son ejemplos de otros aseguradores:

- El seguro de su vehículo de motor o el seguro de propiedad de su casa
- El seguro de vehículo de motor o el seguro de propietario de casa de una persona que le haya causado a usted una enfermedad o lesión
- El programa de compensación laboral

Si una compañía de seguros que no sea Humana Gold Plus Integrated debe pagar los servicios relacionados con una enfermedad o lesión, Humana Gold Plus Integrated tiene derecho a pedir que ese asegurador reembolse los pagos a Humana Gold Plus. A menos que la ley exija otra cosa, la cobertura de Humana Gold Plus Integrated bajo esta póliza será secundaria cuando otro plan, incluyendo otro plan de seguro, le proporcione cobertura de servicios de cuidado de salud.

C2. Derecho de reembolso de Humana Gold Plus Integrated

Si obtiene dinero por alguna demanda o acuerdo judicial por una enfermedad o lesión, Humana Gold Plus Integrated tiene derecho a pedirle a usted que devuelva el costo de los servicios cubiertos que pagamos. No podemos hacer que nos pague más de la cantidad de dinero que recibió de la demanda o el acuerdo.

C3. Sus responsabilidades

Como afiliado de Humana Gold Plus Integrated, usted acuerda:

- avisarnos sobre cualquier situación que pueda afectar los derechos de subrogación o reembolso de Humana Gold Plus Integrated;
- cooperar con Humana Gold Plus Integrated cuando le pidamos información y asistencia con la Coordinación de beneficios, subrogación o reembolso;



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

- firmar documentos para ayudar a Humana Gold Plus Integrated con sus derechos de subrogación y reembolso;
- autorizar a Humana Gold Plus Integrated a que investigue, pida y revele la información necesaria para efectuar tareas de coordinación de beneficios, subrogación y reembolso en el grado que permitan las leyes;
- pagar a Humana Gold Plus Integrated las cantidades recuperadas por una demanda, acuerdo o por otro medio de cualquier tercero o su compañía aseguradora al grado de los beneficios proporcionados bajo la cobertura, hasta el valor de los beneficios proporcionados.

Si no está dispuesto a ayudarnos, es posible que tenga que pagarnos nuestros costos, incluyendo los honorarios razonables de abogados, para hacer valer nuestros derechos con este plan.

D. Confidencialidad del paciente y aviso sobre prácticas de privacidad

Nos aseguraremos de que toda la información, expedientes, datos y elementos de datos relacionados con usted, usados por nuestra organización, empleados, subcontratistas y asociados comerciales, se protegerán contra la revelación no autorizada de conformidad con 305 ILCS 5/11-9, 11-10 y 11-12; 42 USC 654(26); 42 CFR Parte 431, Subparte F; y 45 CFR Parte 160 y 45 CFR Parte 164, Subparte A y E.

Estamos obligados por ley a avisarle la manera en que se puede usar y revelar su información médica y la forma en que usted puede obtener esta información. Sírvase leer cuidadosamente este Aviso de prácticas de privacidad. Si tiene preguntas, llame al Departamento de Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY:711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. No obstante, tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada fuera del horario normal de trabajo, los fines de semana y los días festivos. Deje su nombre y número de teléfono y le devolveremos la llamada antes del final del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Visite **MyHumana.com** para tener acceso las 24 horas a información como la historia de reclamaciones, la elegibilidad y la lista de medicamentos de Humana. Allí también puede utilizar el buscador de médicos y obtener noticias e información de salud.

Aviso de prácticas de privacidad sobre su información de salud personal

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE.

La privacidad de su información personal y de salud es importante. No tiene que hacer nada, a menos que tenga una solicitud o una queja.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, según lo permitido por la ley. Esto incluye el derecho de aplicar los cambios de nuestras prácticas de privacidad y los términos revisados de nuestro aviso a toda la información personal y de salud que mantenemos. Esto incluye información que creamos o recibimos antes de efectuar los cambios. Cuando hagamos un cambio importante en nuestras prácticas de privacidad, modificaremos este aviso y se lo enviaremos a los suscriptores de nuestro plan de salud.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

¿Qué es información personal y de salud?

La información personal y de salud, que en adelante mencionaremos como la “información”, incluye tanto información médica como información individualmente identificable, como su nombre, dirección, número de teléfono o número de Seguro Social. El término “información” en este aviso incluye toda la información personal y de salud creada o recibida por un proveedor de cuidado de la salud o un plan de salud que se relacione con su salud o condición física o mental, que le proporcione cuidado de salud a usted o el pago de dicho cuidado de salud. Protegemos esta información en todos los formatos, incluso la información electrónica, escrita u oral.

¿Cómo protegemos su información?

De conformidad con las leyes federales y estatales y con nuestra propia política, tenemos la responsabilidad de proteger la privacidad de la información. Aplicamos salvaguardas para proteger su información de varias maneras, entre ellas las siguientes:

- Limitar las personas que pueden ver la información
- Limitar la forma en que usamos o divulgamos la información
- Informar a usted sobre sus derechos legales con respecto a su información
- Capacitar a nuestros asociados sobre las políticas y los procedimientos de privacidad de la compañía

¿Cómo usamos divulgamos su información?

Debemos usar y divulgar su información:

- a usted o alguien que tenga derecho legal a actuar en nombre de usted;
- a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos;
- en los casos en que lo requiere la ley.

Tenemos derecho a usar y divulgar su información:

- a un médico, un hospital u otro proveedor de cuidado de la salud, para que usted pueda recibir cuidado médico;
- para actividades de pago, incluso pagos de reclamaciones por servicios cubiertos proporcionados a usted por los proveedores de cuidado de la salud y por pagos de prima de planes de salud;
- para las actividades operativas del cuidado de salud, entre ellas procesar su inscripción, responder sus consultas y solicitudes de servicios, coordinar su cuidado, resolver controversias, ejecutar la administración médica, mejorar la calidad, revisar la calificación de los profesionales de salud y determinar primas;
- para efectuar actividades de suscripción. Sin embargo, no utilizaremos los resultados de pruebas genéticas ni haremos preguntas sobre antecedentes familiares;
- al patrocinador de su plan, para permitirle realizar las funciones de administración del plan, como actividades de elegibilidad, inscripción y desafiliación. Podemos compartir información de salud de nivel resumido con el patrocinador de su plan en ciertas situaciones, por ejemplo para permitir al patrocinador obtener ofertas de otros planes de salud. No compartiremos información de salud



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

detallada con el patrocinador de su plan, salvo que usted nos autorice o que el patrocinador del plan haya certificado que acuerda mantener la privacidad de su información;

- para comunicarnos con usted acerca de beneficios o servicios relacionados con la salud, recordatorios de citas o sobre alternativas de tratamiento que podrían ser de su interés si usted no ha optado por no recibir tales recordatorios, como se describe a continuación;
- a sus familiares y amigos si usted no está disponible para comunicarse, como en una emergencia;
- a sus familiares y amigos o cualquier otra persona que usted identifique, siempre que la información se relacione directamente con su participación en su cuidado de salud o el pago de dicho cuidado. Por ejemplo, si un familiar o un cuidador nos llama con conocimiento previo de una reclamación, podemos confirmar si dicha reclamación se ha recibido y pagado;
- para proporcionar información de pago al suscriptor para su justificación ante el Servicio de Impuestos Internos;
- a instituciones de salud pública si consideramos que existe una amenaza grave para la salud o la seguridad;
- a las autoridades adecuadas si constatan cuestiones de abuso, negligencia o violencia doméstica;
- en respuesta a una orden judicial o administrativa, citación, solicitud de presentación de pruebas u otro procedimiento legal;
- a los efectos de hacer valer la ley, a autoridades militares y de cualquier otra forma que exija la ley;
- para prestar asistencia en actividades de mitigación de desastres;
- para programas de cumplimiento y actividades de supervisión de la salud;
- para cumplir con nuestras obligaciones en virtud de una ley o contrato de compensación laboral;
- para contrarrestar una amenaza grave e inminente para su salud o seguridad o para la salud y seguridad de otros;
- con fines de investigación en circunstancias limitadas;
- para la adquisición, el depósito o el trasplante de órganos, ojos o tejido;
- a médicos forenses, patólogos y directores funerarios.

¿Usaremos su información para propósitos no descritos en este aviso?

En todas las situaciones que no sean las descritas en este aviso, le solicitaremos su permiso por escrito antes de usar o divulgar su información. Puede revocar su permiso en cualquier momento mediante una notificación por escrito. No usaremos ni divulgaremos su información por ninguna razón que no haya sido descrita en este aviso sin su permiso. Los siguientes usos y divulgaciones requerirán autorización:

- La mayoría de los usos y las divulgaciones de notas de psicoterapia
- Para fines de comercialización
- Venta de información médica protegida



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

¿Qué hacemos con su información cuando usted ya no es afiliado o ya no tiene cobertura a través de nuestro plan?

Su información puede seguirse usando para los fines descritos en este aviso después de terminada su participación en el plan o cuando usted ya no recibe cobertura a través de nosotros.

Después del período de retención legal requerido, destruiremos la información siguiendo procedimientos estrictos para mantener la confidencialidad.

¿Cuáles son mis derechos en relación con mi información?

A continuación se indican sus derechos respecto a su información. Nuestro compromiso es responder a su solicitud de derechos de manera oportuna:

- **Acceso:** tiene derecho a revisar y obtener una copia de su información que se pueda utilizar para tomar decisiones sobre usted, como reclamaciones y registros de caso o de administración médica. También tiene derecho a recibir un resumen de dicha información de salud. Si solicita copias, podemos cobrarle un cargo por cada página, un cargo por hora de trabajo del personal para localizar y copiar la información, y por el envío por correo.
- **Decisión de suscripción adversa:** tiene derecho a que se le proporcione una razón en relación con una decisión de suscripción negativa o adversa, si rechazamos su solicitud o seguro. (Esta disposición se aplica solamente a los residentes de Massachusetts de conformidad con las reglamentaciones estatales).
- **Comunicaciones alternativas:** tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales de información de una manera diferente o en un lugar diferente para evitar situaciones con riesgo de vida. Nos adaptaremos a su solicitud, si la misma es razonable.
- **Modificación:** tiene derecho a solicitar una corrección de cualquiera de estos datos personales mediante su modificación o supresión. En un plazo de 30 días hábiles a partir de la recepción de su solicitud por escrito, le notificaremos nuestra modificación o supresión de la información en conflicto, o nuestra negación a realizar dicha corrección luego de una investigación adicional. En caso de que nos neguemos a modificar o suprimir la información en conflicto, usted tiene derecho a presentarnos una declaración por escrito de los motivos de su desacuerdo con nuestra evaluación y de lo que usted considera que es la información correcta. Pondremos dicha declaración a disposición de todas las partes que revisen la información en conflicto.
- **Divulgación:** tiene derecho a recibir una lista de las instancias en que nosotros o nuestros asociados comerciales hemos divulgado su información para propósitos que no sean tratamientos, pagos, operaciones del plan de salud y ciertas otras actividades. Mantenemos esta información y la ponemos a su disposición durante un período de seis años, a pedido. Si solicita esta lista más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle un cargo razonable sobre la base del costo de responder a las solicitudes adicionales.
- **Aviso:** tiene derecho a obtener una copia por escrito de este aviso cada vez que lo solicite.
- **Restricción:** tiene derecho a pedir la restricción del uso y la divulgación de su información. No estamos obligados a aceptar esas restricciones, pero si lo hacemos, debemos respetar lo que acordemos. También tiene derecho a aceptar o terminar una restricción presentada previamente.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

¿Qué tipo de comunicaciones puedo optar por no recibir?

- Recordatorios de citas
- Alternativas de tratamiento u otros servicios y beneficios relacionados con la salud
- Actividades de recaudación de fondos

¿Cómo puedo ejercer mis derechos u obtener una copia de este aviso?

Todos sus derechos de privacidad se pueden ejercer a través de los formularios de solicitud de derechos de privacidad aplicables. Puede obtener cualquiera de los formularios de la siguiente manera:

- Comuníquese con nosotros al 1-866-861-2762 (TTY: 711) en cualquier momento. La llamada es gratuita.
- Visitando nuestro sitio web en **Humana.com/medicaid-dual/illinois/** y seleccionado el enlace a Prácticas privadas
- enviando un correo electrónico a privacyoffice@humana.com;
- enviando el formulario de solicitud completo a:

Humana Inc.
Privacy Office 003/10911
101 E. Main Street
Louisville, KY 40202.

¿Qué debo hacer si creo que se ha violado mi privacidad?

Si cree que se ha violado su privacidad de alguna manera, puede presentar una queja llamándonos al 1-866-861-2762 (TTY: 711), en cualquier momento.

También puede presentar una queja por escrito ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR) del U.S. Department of Health and Human Services. Le daremos la dirección regional de la Oficina de Derechos civiles que corresponda si lo solicita. También puede enviar su queja por correo electrónico a OCRComplaint@hhs.gov. Apoyamos su derecho de proteger la privacidad de su información personal y de salud. No tomaremos ningún tipo de represalia si elige presentar una queja ante nosotros o ante el U.S. Department of Health and Human Services.

Cumplimos todas las leyes, reglas y reglamentaciones federales y estatales que rigen la protección de la información personal y de salud. En caso de existir un conflicto entre las leyes, reglas y reglamentaciones federales y estatales, elegiremos la ley, regla o reglamentación que proporcione mayor protección al afiliado.

¿Qué sucederá si mi información privada se utiliza o se divulga de manera inadecuada?

Tiene derecho a recibir un aviso de que, como consecuencia de una violación, su información privada no segura ha sido usada o divulgada de manera inadecuada. Le notificaremos de manera oportuna si ocurre una violación de este tipo.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Las siguientes compañías afiliadas y subsidiarias también cumplen nuestras políticas y procedimientos de privacidad:

Arcadian Health Plan, Inc.
CarePlus Health Plans, Inc.
Cariten Health Plan, Inc.
CHA HMO, Inc.
CompBenefits Company
CompBenefits Dental, Inc.
CompBenefits Insurance Company
DentiCare, Inc.
Emphesys Insurance Company
HumanaDental Insurance Company
Humana Benefit Plan of Illinois, Inc.
Humana Employers Health Plan of Georgia, Inc.
Humana Health Benefit Plan of Louisiana, Inc.
Humana Health Company of New York, Inc.
Humana Health Insurance Company of Florida, Inc.
Humana Health Plan of California, Inc.
Humana Health Plan of Ohio, Inc.
Humana Health Plan of Texas, Inc.
Humana Health Plan, Inc.
Humana Health Plans of Puerto Rico, Inc.
Humana Insurance Company
Humana Insurance Company of Kentucky
Humana Insurance Company of New York
Humana Insurance of Puerto Rico, Inc.
Humana MarketPOINT, Inc.
Humana MarketPOINT of Puerto Rico, Inc.
Humana Medical Plan, Inc.
Humana Medical Plan of Michigan, Inc.
Humana Medical Plan of Pennsylvania, Inc.
Humana Medical Plan of Utah, Inc.
Humana Regional Health Plan, Inc.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Humana Wisconsin Health Organization Insurance Corporation
Managed Care Indemnity, Inc.
Preferred Health Partnership of Tennessee, Inc.
The Dental Concern, Inc.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Capítulo 12: Definiciones de términos importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos clave usados a lo largo del *Manual del afiliado* con sus definiciones. Los términos se encuentran en orden alfabético. Si no puede encontrar un término que está buscando o si necesita más información que la que incluye la definición, contacte al Departamento de Atención al Cliente.

Actividades de la vida diaria: Lo que hace la gente en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Afiliado (afiliado de nuestro plan o afiliado del plan): Una persona que tiene Medicare y Medicaid, es elegible para obtener servicios cubiertos, está inscrita en nuestro plan y su inscripción ha sido confirmada por los Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) y el estado.

Afiliado de Medicare-Medicaid: Una persona elegible para recibir cobertura de Medicare y de Medicaid. Un afiliado de Medicare-Medicaid también se llama “beneficiario con doble elegibilidad”.

Agencia de Medicaid del estado: El Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios Familiares (Department of Healthcare and Family Services) de Illinois.

Apelación: Una manera formal de cuestionar nuestra decisión si le parece que hemos cometido un error. Puede presentar una apelación para pedirnos cambiar una decisión de cobertura. El Capítulo 9, Sección D, página 132 explica las apelaciones, incluso cómo presentar una apelación.

Área de servicio: Un área geográfica en la que un plan de salud acepta afiliados si el plan limita la participación según el lugar donde vivan las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales usted puede usar, generalmente también es el área a donde puede ir para obtener servicios de rutina (no de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener Humana Gold Plus Integrated.

Asistente de salud en el hogar: Una persona que proporciona servicios que no requieren de la capacitación de un enfermero o terapeuta con licencia, como ayuda para el cuidado personal (por ejemplo para bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios indicados por el proveedor). Los asistentes de salud en el hogar no tienen licencia de enfermería ni proporcionan tratamientos.

Atención al Cliente: Un departamento dentro de nuestro plan, responsable de responder a sus preguntas sobre su participación, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte el Capítulo 2, Sección A, página 12 para obtener información sobre cómo comunicarse con el Departamento de Atención al Cliente.

Audiencia imparcial: Una oportunidad para que usted describa su problema ante un tribunal y demuestre que una decisión que se tomó está equivocada.

Autorización previa (PA): Debe obtener una aprobación de Humana Gold Plus Integrated antes de poder obtener un servicio o medicamento específico o usar un proveedor fuera de la red. Es posible que Humana Gold Plus Integrated no cubra el servicio o el medicamento si no obtiene la aprobación.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Algunos servicios médicos de la red están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red recibe AP de nuestro plan.

- Los servicios cubiertos que necesitan AP están marcados en la Tabla de beneficios en el Capítulo 4.

Algunos medicamentos están cubiertos solamente si obtiene autorización previa de nuestro plan.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la *Lista de medicamentos cubiertos*.

Ayuda adicional: Un programa de Medicare que ayuda a personas de ingresos y recursos limitados a pagar sus medicamentos recetados de la Parte D de Medicare. La ayuda adicional también se llama “subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

Ayuda pagada en espera: Puede seguir recibiendo sus beneficios mientras esté esperando una decisión sobre una apelación o una audiencia imparcial. Esta cobertura continua se llama “ayuda pagada en espera”.

Capacitación en competencia cultural: Capacitación que brinda instrucción adicional a nuestros proveedores de salud y los ayuda a entender mejor los antecedentes, valores, y creencias de nuestros afiliados, para adaptar mejor sus servicios a las necesidades sociales, culturales, y lingüísticas de usted.

Centro de cirugía ambulatoria: Un centro que ofrece cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan cuidado en hospital y que no se espera que necesiten más de 24 horas de cuidado.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés): Un centro que ofrece principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, accidente u operación importante. Ofrece una variedad de servicios, incluyendo terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno doméstico.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés): La agencia federal a cargo de Medicare. El Capítulo 2, Sección G, página 19 explica cómo comunicarse con CMS.

Como Humana Gold Plus Integrated paga el costo total de sus servicios, usted no adeuda ningún costo compartido. Los proveedores no deberían cobrarle nada por estos servicios.

Coordinador de cuidado: La persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con los proveedores de cuidado para asegurar que usted obtenga el cuidado que necesita.

Cuidado de instituciones de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés): Cuidado y rehabilitación de enfermería especializada que se proporcionan de manera continua y diaria en una institución de enfermería especializada. Algunos ejemplos de cuidados de institución de enfermería especializada incluyen terapia física o inyecciones intravenosas que puede aplicar una enfermera registrada o un médico.

Cuidado médico en casos de emergencia: Servicios cubiertos necesarios para tratar una emergencia médica, prestados por un proveedor capacitado para prestar estos servicios.

Cuidado que se necesita con urgencia: Cuidado que obtiene por una enfermedad, lesión o afección repentina que no es una emergencia pero que requiere atención inmediata. Puede obtener cuidado que se necesita con urgencia de proveedores fuera de la red, cuando los proveedores de la red no están disponibles o si no puede llegar a ellos.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Decisión de cobertura: Una decisión sobre cuáles beneficios cubrimos. Esto incluye las decisiones sobre servicios y medicamentos cubiertos y la cantidad que pagaremos por sus servicios de salud. El Capítulo 9, Sección D, página 132 explica cómo puede pedirnos una decisión de cobertura.

Desafiliación: El proceso de terminar su participación en nuestro plan. La desafiliación puede ser voluntaria (porque usted lo decide) o involuntaria (sin que usted lo decida).

Determinación de la organización: El plan toma una determinación de la organización cuando el plan, o uno de sus proveedores, decide en relación a la cobertura de servicios o cuánto tiene que pagar usted por servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización son llamadas “decisiones de cobertura” en este manual. El Capítulo 9, Sección D, página 132 explica cómo puede pedirnos una decisión de cobertura.

Emergencia: Una situación médica que una persona del público en general, con un conocimiento promedio de salud y medicina, encontraría tan grave que, si no se obtiene cuidado médico inmediato, podría causar la muerte, un mal funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo o daño a la función de una parte del cuerpo, o en el caso de una mujer embarazada, poner en riesgo grave la salud física o mental de ella o del bebé por nacer. Algunos de los síntomas de una emergencia son dolor intenso, dificultad para respirar o sangrado sin control.

Equipo de cuidado: Un equipo de cuidado de la salud, encabezado por un coordinador de cuidado, que puede incluir médicos, enfermeras, asesores y otros profesionales que están ahí para ayudarle a formular un plan de cuidado y asegurarse de que reciba el cuidado que necesita.

Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés): Ciertos elementos que su médico pide para que usted use en su casa. Ejemplos de estos elementos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de camas eléctricas, suministros para diabéticos, camas de hospital pedidas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Especialista: Un médico que proporciona cuidado de salud para una enfermedad o una parte específica del cuerpo.

Evaluación de la salud: Una revisión de la historia clínica de un afiliado y su estado actual. Se usa para determinar la salud del paciente y los cambios que podría tener en el futuro.

Excepción: Permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar un medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

Facturación del saldo: Cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura a una persona más que la cantidad de costo compartido del plan por sus servicios. No permitimos a nuestros proveedores que le cobren a usted un “saldo”. Como Humana Gold Plus Integrated paga el costo total de sus servicios, usted no debería recibir cobros de los proveedores. Llame al Departamento de Atención al Cliente si recibe facturas que no entiende.

Facturación incorrecta/inadecuada: Cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura más que la cantidad de costo compartido del plan por sus servicios. Muestre su tarjeta de identificación del afiliado de Humana Gold Plus Integrated cuando obtenga servicios o recetas. Llame al Departamento de Atención al Cliente si recibe facturas que no entiende.

Farmacia de la red: Una farmacia que ha aceptado surtir recetas de afiliados de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque han aceptado trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si usted las surte en una de nuestras farmacias de la red.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no ha aceptado trabajar para nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los afiliados de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que usted obtiene de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, salvo que se apliquen ciertas condiciones.

Herramienta de beneficios en tiempo real: Un portal o aplicación informática en la que los afiliados pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada, específica para los medicamentos cubiertos y beneficios del afiliado. Esto incluye cantidades de costos compartidos, medicamentos alternativos que pueden usarse para la misma afección de salud que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia por fases, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

Hospicio: Un programa de cuidado y respaldo para ayudar a vivir cómodamente a las personas con pronósticos médicos terminales. Un pronóstico médico terminal significa que la persona tiene una enfermedad terminal y que se espera que tenga seis meses de vida o menos.

- Un afiliado que tenga un pronóstico médico terminal, tiene derecho a elegir un hospicio.
- Un equipo de profesionales y cuidadores con capacitación especial, ofrecen atención para la “persona completa”, que incluye las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Humana Gold Plus Integrated deberá darle a usted una lista de proveedores de hospicio en su área geográfica.

Información de salud personal (también llamada información de salud protegida): Información de usted y sobre su salud, tal como su nombre, dirección, número de seguro social, visitas médicas e historia clínica. Consulte el Aviso de prácticas de privacidad de Humana Gold Plus Integrated para obtener más información sobre cómo Humana Gold Plus Integrated protege, usa y divulga su información de salud personal, así como sus derechos al respecto de su información de salud personal.

Ingreso suplementario de seguridad (SSI, por sus siglas en inglés): Un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitados, ciegos o tienen 65 años o más de edad. Los beneficios del ingreso suplementario de seguridad no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Instalación u hogar de ancianos: Un lugar que da cuidado a las personas que no pueden recibirlo en su hogar pero que no necesitan estar en el hospital.

Institución de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés): Una institución de enfermería con personal y equipo que presta cuidado de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.

Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos): Una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan. El plan elige los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos le dice si hay reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos. La Lista de medicamentos a veces se llama “formulario”.

Límites de cantidad: Un límite en la cantidad de un medicamento que puede tener. Los límites pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos en cada receta.

Manual del afiliado e información de divulgación: El documento, junto con su formulario de inscripción y todos los adjuntos, o cláusulas adicionales u otros documentos seleccionados de cobertura opcionales,



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

que explican su cobertura, nuestras responsabilidades y sus derechos y responsabilidades como afiliado de nuestro plan.

Mediador: Una oficina en su estado que funciona como un defensor en su nombre. Ellos pueden responder a sus preguntas si tiene un problema o una queja y pueden ayudarlo a entender qué debe hacer. Los servicios del mediador son gratuitos. Puede encontrar más información sobre el mediador en los capítulos 2 y 9 de este manual.

Medicaid (o Asistencia médica): Un programa operado por los gobiernos federal y del estado que ayuda a las personas de ingresos y recursos limitados a pagar servicios y respaldos a largo plazo y costos médicos.

- Cubre servicios y medicamentos adicionales que no tienen cobertura de Medicare.
- Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de cuidado de salud están cubiertos si usted es elegible para Medicare y Medicaid.
- Consulte el Capítulo 2, Sección H, página 20 para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Medicamento de marca: Un medicamento recetado que fabrica y vende la compañía que creó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otras compañías farmacéuticas.

Medicamento genérico: Un medicamento recetado aprobado por el gobierno federal para usarse en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca. Normalmente es más barato y funciona tan bien como el medicamento de marca.

Medicamentos cubiertos: El término que usamos para describir todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: Consulte “Medicamentos de la Parte D de Medicare”.

Medicamentos de la Parte D de Medicare: Medicamentos que pueden tener cobertura de la Parte D de Medicare. El Congreso excluyó específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura como medicamentos de la Parte D. Medicaid puede cubrir algunos de esos medicamentos.

Medicamentos sin receta (OTC, por sus siglas en inglés): Son medicamentos o medicinas que una persona puede comprar sin una receta de un profesional médico:

Medicare: El programa de seguro de salud federal para personas de 65 años de edad o más, los menores de 65 años con determinadas discapacidades y los que padecen de enfermedad de los riñones en etapa terminal (por lo general, esto significa quienes tienen insuficiencia renal permanente y necesitan diálisis o trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de cuidado de salud de Medicare a través de Medicare original o de un plan de cuidado administrado (consulte “Plan de salud”).

Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare de cobro por servicio): Medicare Original es un plan ofrecido por el gobierno. Bajo Medicare Original, sus servicios se cubren pagando a médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de salud las cantidades que fija el Congreso.

- Puede visitar cualquier médico, hospital o proveedor de cuidado de la salud que acepte Medicare. Medicare Original tiene dos partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico).



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

- Medicare Original está disponible en todos los Estados Unidos.
- Si no quiere estar en nuestro plan, puede elegir Medicare Original.

Parte A de Medicare: El programa de Medicare que cubre la mayoría del cuidado necesario por razones médicas de hospital, institución de enfermería especializada, salud en el hogar y residencia para enfermos terminales.

Parte B de Medicare: El programa de Medicare que cubre servicios (como pruebas de laboratorio y consultas a médicos) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) necesario por razones médicas para tratar una enfermedad. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y exámenes.

Parte C de Medicare: El programa de Medicare que permite a las compañías de seguros de salud privadas dar beneficios de Medicare a través de un plan de salud llamado Plan Medicare Advantage.

Parte D de Medicare: El programa de beneficios para medicamentos recetados de Medicare. (Llamamos a este programa “Parte D” para abreviar). La Parte D cubre medicamentos recetados, vacunas y algunos suministros para pacientes ambulatorios no cubiertos por la Parte A ni la Parte B de Medicare, o Medicaid. Humana Gold Plus Integrated incluye la Parte D de Medicare.

Modelo de cuidado: Proporciona estructura para procesos y sistemas de administración de salud, que permitirá a los administradores brindar cuidado de salud de forma coordinada.

Necesario por razones médicas: Esto describe los servicios necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidado que evita que usted vaya a un hospital o a un hogar de ancianos. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen los estándares aceptados de prácticas médicas o de otro modo son necesarios según las reglas de cobertura actuales de Medicare o Medicaid de Illinois.

Niveles de medicamentos: Grupos de medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Genéricos, de marca o sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) son ejemplos de niveles de medicamentos. Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos están en uno de los 4 niveles.

Organización para el mejoramiento de la calidad: Un grupo de médicos y otros expertos en cuidado de salud que ayudan a mejorar la calidad del cuidado de las personas con Medicare. El gobierno federal les paga para que controlen y mejoren el cuidado que se da a los pacientes. Consulte el Capítulo 2, Sección F, página 19 para obtener información sobre cómo comunicarse con la organización para el mejoramiento de la calidad de su estado.

Paciente internado: Un término que utiliza cuando usted ha sido internado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no fue internado formalmente, podría ser considerado aún como paciente externo y no como paciente internado, aunque pase la noche en el hospital.

Parte A: Consulte la “Parte A de Medicare”.

Parte B: Consulte la “Parte B de Medicare”.

Parte C: Consulte la “Parte C de Medicare”.

Parte D: Consulte la “Parte D de Medicare”.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Plan de cuidado: Un plan preparado por usted y su coordinador de cuidado, que describe las necesidades médicas, de salud del comportamiento, sociales y funcionales que usted tiene, e identifica metas y servicios para atender esas necesidades.

Plan de Medicare Advantage: Un programa de Medicare, también conocido como la “Parte C de Medicare” o “Planes MA,” que ofrece planes a través de compañías privadas. Medicare paga a esas compañías para cubrir los beneficios de Medicare de usted.

Plan de salud: Una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También incluye coordinadores de cuidado, que le ayudan a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan juntos para darle la atención que usted necesita.

Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés): Su proveedor de cuidado primario es el médico u otro proveedor al que usted consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud.

- Esta persona se asegura de que usted reciba el cuidado que necesita para mantenerse sano. También puede hablar con otros médicos y proveedores de cuidado de la salud sobre su cuidado y lo refiere a ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, el afiliado debe ver primero a su proveedor de cuidado primario antes de ver a cualquier otro proveedor de cuidado de la salud.
- Consulte el Capítulo 3, Sección D, página 28 para recibir información sobre cómo obtener cuidado de los proveedores de cuidado primario.

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general que usamos para médicos, enfermeras y otras personas que le dan servicios y cuidado de salud. El término también incluye hospitales, agencias de cuidado de salud en el hogar, clínicas y otros lugares que le dan servicios de cuidado de salud, equipo médico y servicios y respaldos a largo plazo.

- Tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para proporcionar servicios de cuidado de salud.
- Les llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con el plan de salud, aceptan nuestro pago y no le cobran a nuestros afiliados una cantidad adicional.
- Mientras sea afiliado de nuestro plan, deberá usar proveedores de la red para obtener servicios cubiertos. Los proveedores también son llamados “proveedores del plan”.

Proveedor fuera de la red o Institución fuera de la red: Un proveedor o institución que no es nuestro empleado, ni de nuestra propiedad, ni es operado por nuestro plan y no está contratado para proporcionar servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. El Capítulo 3, Sección D, página 28 explica sobre los centros o proveedores fuera de la red.

Prótesis y órtesis: Son dispositivos médicos ordenados por su médico u otro proveedor de cuidado de salud. Los artículos cubiertos incluyen, sin limitación, aparatos de soporte para brazos, espalda y cuello; miembros artificiales; ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función corporal interna, incluyendo suministros de ostomía y terapia de nutrición entérica y venosa.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Queja: Una declaración escrita o de palabra que afirma que usted tiene un problema o inquietud sobre sus servicios cubiertos o su cuidado. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad de su cuidado, los proveedores de nuestra red o las farmacias de la red. El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una queja formal”.

Queja formal: Una queja que usted hace sobre nosotros o sobre alguno de los proveedores o de las farmacias de nuestra red. Esto incluye una queja sobre la calidad de su cuidado.

Referido: Una remisión significa que su proveedor de cuidado primario (PCP) debe darle una aprobación antes de que usted pueda usar a alguien que no sea su PCP. Si no obtiene la aprobación, es posible que Humana Gold Plus Integrated no cubra los servicios. No necesita un referido para usar ciertos especialistas, como especialistas en cuidado de la salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre referidos en el Capítulo 3 y sobre los servicios que requieren referidos en el Capítulo 4.

Servicios cubiertos: El término general que usamos cuando hablamos de todo el cuidado de salud, los servicios y respaldos a largo plazo, los suministros, los medicamentos recetados y de venta sin receta, equipos y otros servicios cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluso el nuestro, deben cubrir todos los servicios que cubre la Parte A o Parte B de Medicare.

Servicios de rehabilitación: Tratamiento que obtiene para ayudarle a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación importante. Lea el Capítulo 4, Sección C, página 44 para conocer más sobre los servicios de rehabilitación.

Servicios y respaldos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés): Los servicios y respaldos a largo plazo incluyen atención a largo plazo y programas de excepción de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS). Los programas de excepción de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) pueden ofrecer servicios que le ayudarán a mantenerse en su hogar y en la comunidad.

Subsidio por bajos ingresos (LIS, por sus siglas en inglés): Consulte “Ayuda adicional”.

Terapia por fases: Una regla de cobertura que le exige que pruebe primero otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que está pidiendo.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Llámenos si nos necesita

Si tiene alguna pregunta, o necesita ayuda para leer o entender este documento, llámenos al **1-800-787-3311 (TTY: 711)**. Estamos a su disposición de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. Sin embargo, tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada fuera del horario normal, los fines de semana y los días feriados. Podemos ayudarle sin costo para usted. Podemos explicarle el documento en inglés o en su idioma preferido. También podemos brindarle ayuda si tiene dificultades de la vista o la audición. Consulte su Manual del afiliado para obtener información sobre sus derechos.

En Humana, es importante que usted reciba un trato justo.

Humana Inc. y sus subsidiarias no discriminan ni excluyen a las personas por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, origen étnico, estado civil, religión, idioma, historia clínica, historial de reclamaciones, discapacidad física o mental, información genética o fuente de pago. La discriminación es contra la ley. Humana y sus subsidiarias cumplen con las leyes aplicables de derechos civiles estatales y federales. Si usted cree que Humana o sus subsidiarias le han discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Usted puede presentar una queja, también conocida como queja formal a: **Discrimination Grievances**, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al **1-800-787-3311** o bien, si utiliza un TTY, llame al **711**.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante el: **Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles**, por medios electrónicos a través de su Portal de quejas disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o a **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**. Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos.

1-800-787-3311 (TTY: 711)

Humana provee recursos y servicios auxiliares gratuitos como, por ejemplo, intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades, cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

Humana Gold Plus Integrated (plan Medicare-Medicaid) es un plan de salud que tiene un contrato con Medicare y Medicaid de Illinois para proveer los beneficios de ambos programas a los afiliados.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-800-787-3311 (TTY: 711)**. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1-800-787-3311 (TTY: 711)**. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

簡體中文 (Simplified): 我们提供免费的翻译服务,帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务,请致电 **1-800-787-3311 (TTY: 711)**。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

廣東話 (Cantonese): 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問,為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務,請致電 **1-800-787-3311 (TTY: 711)**。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog (Tagalog – Filipino): Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-800-787-3311 (TTY: 711)**. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Français (French): Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1-800-787-3311 (TTY: 711)**. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Tiếng Việt (Vietnamese): Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1-800-787-3311 (TTY: 711)** sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Deutsch (German): Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-800-787-3311 (TTY: 711)**. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

한국어 (Korean): 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-800-787-3311 (TTY: 711)** 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.

Русский (Russian): Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-800-787-3311 (TTY: 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

العربية (Arabic): إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1-800-787-3311 (TTY: 711)**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

हिंदी (Hindi): हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1-800-787-3311 (TTY: 711)** पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italiano (Italian): È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-800-787-3311 (TTY: 711)**. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português (Portuguese): Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-800-787-3311 (TTY: 711)**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

Kreyòl Ayisyen (French Creole): Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-800-787-3311 (TTY: 711)**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polski (Polish): Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1-800-787-3311 (TTY: 711)**. Ta usługa jest bezpłatna.

日本語 (Japanese): 当社の健康健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-800-787-3311 (TTY: 711)** にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Departamento de Atención al Cliente de Humana Gold Plus Integrated

LLAME AL	1-800-787-3311 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. El Departamento de Atención al Cliente ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.
TTY	(TTY: 711) Las llamadas a este número son gratuitas. de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro.
ESCRIBA A	Humana Gold Plus Integrated P.O. Box 14168 Lexington, KY 40512-4168
SITIO WEB	Humana.com/medicaid-dual/illinois/



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated.