Humana Healthy Horizons®

HealthChoice Illinois



Humana Healthy Horizons® in Illinois (HCI)
Manual para Afiliados de Health Choice

Actualizado por última vez el 1 de enero de 2027

Índice

Información importante de contacto ..... página 6

¡Le damos la bienvenida al plan Humana Healthy Horizons HealthChoice Illinois (HCI)! ..... página 7

- Estas son algunas herramientas que le ayudarán a aprovechar al máximo su plan médico: ..... página 7
- Servicios para afiliados está aquí para ayudar ..... página 8
- Ayuda fuera del horario de servicio ..... página 9
- Si tiene una emergencia ..... página 9
- Si está embarazada ..... página 9
- Si necesita ayuda en otros idiomas ..... página 9
- Cómo solicitar un intérprete, asistencia o formatos alternativos ..... página 9
- Horario de servicio ..... página 10
- Elegibilidad ..... página 10
- Inscripción abierta ..... página 11
- Redeterminación ..... página 12
- Ya está afiliado, ¿y ahora qué? Sus primeros 5 pasos para ser afiliado ..... página 12

Obtener cuidado ..... página 15

- ¿Por qué debería tener un proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)? ..... página 16
  - ¿Cómo encuentro un PCP? ..... página 16
  - Cómo elegir el PCP adecuado ..... página 17
  - Tipos de PCP ..... página 17
  - Cómo cambiar de PCP ..... página 17
- Su cuidado cuando cambia de plan médico o de médico (continuidad del cuidado) ..... página 18
- Su primera cita ..... página 18

Segundas opiniones ..... **página 20**

Cuidado especializado ..... **página 20**

Cuándo acudir a cuidado de urgencia o a la sala de emergencias ..... **página 20**

Servicios posteriores a la estabilización ..... **página 21**

Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana ..... **página 21**

¿Necesita ayuda para obtener cuidado médico? ..... **página 21**

Sus beneficios ..... **página 22**

Beneficios de valor añadido ..... **página 22**

Descargue hoy la aplicación Go365 for Humana Healthy Horizons ..... **página 30**

Obtenga más información sobre las actividades con recompensa ..... **página 30**

Cómo canjear sus recompensas ..... **página 32**

Servicios de pruebas de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT, por sus siglas en inglés) ..... **página 33**

Planificación familiar ..... **página 33**

Humana Beginnings ..... **página 34**

Dental ..... **página 34**

Visión ..... **página 35**

Servicios de farmacia ..... **página 35**

Cómo obtener sus medicamentos ..... **página 35**

Lista de medicamentos recetados ..... **página 36**

Envío de sus medicamentos por correo a su hogar ..... **página 36**

Medicamentos y suministros de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) ..... **página 37**

Costos compartidos ..... **página 37**

Programa de restricción de afiliados ..... **página 37**

Servicios para la salud del comportamiento ..... página 38

Línea de crisis de salud del comportamiento ..... página 38

Pathways to Success ..... página 39

Evaluación de detección de riesgos para la salud ..... página 39

Coordinación de cuidado ..... página 39

Transición del cuidado ..... página 40

Gestión de casos complejos ..... página 40

Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) ..... página 42

Servicios cubiertos ..... página 42

Servicios cubiertos en el hogar y en la comunidad ..... página 46

Servicios cubiertos limitados ..... página 49

Servicios no cubiertos ..... página 49

Autorización previa ..... página 50

Quejas formales y apelaciones ..... página 51

Audiencias imparciales estatales de Medicaid ..... página 55

Cómo solicitar una audiencia imparcial estatal ..... página 55

¿Quién se encargará de la audiencia? ..... página 56

¿Qué sucede después de solicitar una audiencia imparcial estatal? ..... página 56

Si necesita ayuda o apoyo especial ..... página 57

Prepárese para la audiencia ..... página 57

Sus derechos durante el proceso de audiencia ..... página 58

Cuándo recibirá una decisión ..... página 58

Revisión externa ..... página 59

Qué sucede a continuación ..... página 59

Revisión externa acelerada ..... página 60

Qué sucede a continuación ..... página 60

Control de la utilización ..... página 60

Derechos y responsabilidades ..... página 61

Derechos del afiliado ..... página 61

Derechos del afiliado e información personal ..... página 61

Desafiliación ..... página 62

Podría dejar de ser elegible ..... página 62

Instrucciones anticipadas ..... página 63

Tutela ..... página 63

Fraude, malgasto y abuso ..... página 64

Definiciones ..... página 65



Información importante de contacto	
Servicios para afiliados	**800-787-3311 (TTY: 711)**
En línea	**es-www.humana.com/IllinoisMedicaidHCI**
Línea telefónica de asesoramiento de enfermería las 24 horas (disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año)	**833-641-5522**
Línea de Illinois CARES	**800-345-9049**
Administración de Transporte de Medicaid	**888-778-7507**
Manejo de casos	**800-787-3311 (TTY: 711)**
Fraude, malgasto y abuso Línea directa para investigaciones especiales de Humana	**800-614-4126**
Para presentar una queja formal sobre los servicios de Medicaid	**800-787-3311 (TTY: 711)**

¡Le damos la bienvenida al plan Humana Healthy Horizons HealthChoice Illinois (HCI)!

¡Le damos la bienvenida a Humana Healthy Horizons in Illinois (HCI)! Ahora es afiliado de un plan de cuidado de salud, también conocido como organización de cuidado médico administrado (MCO, por sus siglas en inglés). Humana Healthy Horizons in Illinois (HCI) brinda servicios de cuidado de salud a los residentes de Illinois afiliados a HealthChoice Illinois (HCI) Medicaid. Queremos ayudarle a sentirse lo mejor posible. Tener buena salud significa más que contar con beneficios para la salud. Significa recibir cuidado para todo su ser, no solo cuando visita a un médico. Es por eso que ofrecemos beneficios médicos, de salud conductual y de farmacia. También ofrecemos beneficios y programas adicionales para ayudarle a mantenerse saludable.

Este manual está aquí para ayudarle a aprender cómo usar sus beneficios. Recorreremos lo siguiente:

- Información importante de contacto.
- Primeros pasos para ser afiliado.
- Cómo obtener cuidado.
- Sus beneficios.

Estas son algunas herramientas que le ayudarán a aprovechar al máximo su plan médico:

- **MyHumana** 
  - Puede utilizar el portal seguro en línea e ir a **https://es-www.humana.com/member/manage-your-account**
  - Puede usar nuestra aplicación móvil MyHumana on the Go.
    - Usted siempre está en movimiento. Es por eso que Humana creó la aplicación MyHumana, donde usted puede:
      - Revisar su historial de servicios de salud.
      - Acceder al instante a su tarjeta de identificación del afiliado de Humana con un solo toque.
      - Buscar un proveedor por especialidad o ubicación.
    - La aplicación MyHumana puede incluso usar su ubicación para encontrar el proveedor dentro de la red más cercano, sin importar dónde se encuentre.
    - Descargue la aplicación MyHumana para:
      - iPhone accediendo a **MyHumana App en App Store**
      - Android accediendo a **MyHumana App en Google Play**
- **Find Care (Encontrar cuidado médico)** 
  - Ir a **Findcare.humana.com**

- Nuestra herramienta “Find Care” (Encontrar cuidado médico) facilita la búsqueda de cuidado médico.
  - Dentistas
  - Hospitales
  - Farmacias
  - ¡Y más!
- Solo necesita su código postal y tipo de plan.

- **es-www.humana.com/Medicaid** 
  - Vaya a **es-www.humana.com/Medicaid** para:
    - Obtener más información sobre sus beneficios
    - Utilizar más herramientas
    - Obtener formularios en línea
    - ¡Y más!

- **Humana Community Navigator** 
  - Vaya a **hhh.findhelp.com** para encontrar:
    - Recursos alimentarios
    - Servicios públicos
    - Ayuda para la vivienda
    - Transporte
    - ¡Y más!

Servicios para afiliados está aquí para ayudar

Llame a Servicios para afiliados al **800-787-3311 (TTY: 711)**. La llamada es gratuita. Si usa un TTY, marque **711**. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local.

Puede llamar a Servicios para afiliados para obtener ayuda con lo siguiente:

- Elección o cambio de PCP.
- Preguntas sobre sus beneficios.
- Preguntas sobre servicios.
- Reemplazo de una tarjeta de identificación perdida.
- Informar el nacimiento de un nuevo bebé.
- Informar un cambio que pueda afectar sus beneficios o los de su familia.

Ayuda fuera del horario de servicio

Si necesita ayuda fuera del horario de servicio, llame a su proveedor de cuidado primario, también llamado PCP. Su PCP tiene un plan para ayudarle fuera del horario de servicio o los fines de semana.

Si deja un mensaje, diga cómo pueden comunicarse con usted. Su PCP le devolverá la llamada lo antes posible.

También puede llamar a la línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas al **833-641-5522**. Si usa un TTY, marque **711.**

Si tiene una emergencia

Si tiene una emergencia médica, llame al **911** de inmediato o vaya a la sala de emergencia más cercana.

Si está embarazada

Si está embarazada o queda embarazada, llame a su plan médico. Podemos ayudarle a elegir un médico para usted y su bebé antes de que nazca. Su hijo formará parte de Humana el día en que nazca.

Si necesita ayuda en otros idiomas

Para nuestros clientes con discapacidades o dominio limitado del inglés, brindamos los siguientes servicios de comunicación sin costo cuando interactúan con Humana.

- La interpretación telefónica está disponible en 150 idiomas
- Intérpretes de Lenguaje de Signos Americano (en persona o por video)
- Intérpretes con formación lingüística para clientes con discapacidad visual
- Interpretación por video desde un teléfono inteligente o computadora
- Servicios de teletipo **(TTY)**
- Material por escrito disponible en idiomas que no son inglés, y en formatos alternativos como braille, audio, letra de imprenta grande y PDF accesible.

Cómo solicitar un intérprete, asistencia o formatos alternativos

Si usted (o alguien a quien está ayudando) tiene preguntas sobre su cobertura, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma o en un formato alternativo sin costo alguno. Llame a Servicios para afiliados para programar interpretación para sus citas. La interpretación por teléfono y la interpretación remota por video (VRI, por sus siglas en inglés) están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La interpretación en persona debe programarse 24 horas antes de la cita y depende de la disponibilidad de un intérprete en el área.

Para hablar con un intérprete, solicitar asistencia o informar un problema, visite nuestra página **https://es-www.humana.com/help**, llame al número que figura al reverso de su tarjeta de identificación del afiliado al **800-787-3311 (TTY: 711)** o llame a Servicios para afiliados al **800-787-3311 (TTY: 711).** Horario de atención: 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local

Ver **apoyo multilingüe e información de contacto** en otros idiomas.

Consulte nuestra **página de divulgación de no discriminación** para obtener una descripción detallada de nuestra política y programa.

Visite nuestra **página de soporte de accesibilidad** para obtener más información sobre el compromiso de Humana con los estándares y el soporte de accesibilidad web.

Horario de servicio

Servicios para afiliados está abierto de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Si llama cuando estamos cerrados, deje un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. Si tiene problemas relacionados con la salud, nuestro personal de enfermería está disponible para ayudarle a través de nuestra Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas llamando al número gratuito **833-641-5522 TTY:711**.

Queremos escuchar lo que piensa de nosotros. Si tiene ideas sobre cómo podemos mejorar, háganoslo saber. Queremos que sea un afiliado satisfecho y saludable.

Humana está cerrado los siguientes días festivos:

- Año Nuevo
- Día de Martin Luther King Jr.
- Día de los Caídos en la Guerra
- Día de la Liberación (Juneteenth)
- Día de la Independencia
- Día del Trabajo
- Día de Acción de Gracias
- Día posterior al Día de Acción de Gracias
- Navidad

Elegibilidad

Es posible que pueda unirse a Humana Healthy Horizons a través del contrato estatal con Medicaid si usted es:

- Hijo o familiar de una familia que calificó para Medicaid.
- Hijo que califica para el programa de seguro de salud para niños, también llamado CHIP (por sus siglas en inglés).
- Adulto que califica para Medicaid bajo la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, también llamada ACA (por sus siglas en inglés). Esto puede aplicarse si sus ingresos mensuales están por debajo del límite de ingresos de Medicaid.
- Menor de 21 años y califica para Medicaid a través de:
  - Ingreso Suplementario de Seguridad, también llamado SSI (por sus siglas en inglés).
  - División de Cuidado Especializado para Niños, también llamada DSCC (por sus siglas en inglés).

- Medicaid por discapacidad.
- De 65 años o más, califica para Medicaid y no tiene Medicare.
- De 19 años o más, califica para Medicaid y tiene una discapacidad.

Hay dos maneras de afiliarse a HealthChoice Illinois (HCI):

- **En línea:** Visite **https://www.enrollhfs.illinois.gov/en/combo-auth.**
- **Por teléfono:** Llámenos al **877-912-8880 (TTY: 866-565-8576).** La llamada es gratuita.

A partir del 1.° de enero de 2027, los adultos de la **población en expansión** de 19 a 64 años deben trabajar o realizar otras actividades calificadas durante **al menos 80 horas al mes** para mantener su cobertura de Medicaid. Esto se denomina Requisitos de Trabajo de Medicaid (también conocido como participación comunitaria). Usted estará sujeto a este requisito a menos que califique para una de las siguientes excepciones:

- Menores de 19 años
- Tener derecho a los beneficios de Medicare o estar afiliado a ellos
- Personas que cumplen con los requisitos de trabajo del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) o de la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés)
- Niños que han estado en hogares de acogida hasta los 26 años de edad
- Indígenas estadounidenses
- Personas discapacitadas según la definición de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés)
- Veteranos con una calificación de discapacidad total
- Reclusos de instituciones públicas

Si califica para una de estas exenciones, comuníquese con la agencia estatal al **877-912-8880 (TTY: 866-565-8576)**. Para obtener más información, visite **https://hfs.illinois.gov/**.

Inscripción abierta

Una vez al año, puede elegir un plan médico diferente. Esta vez se denomina Inscripción abierta.

Los Servicios de afiliación de clientes le enviarán una carta unos 60 días antes de la fecha de su aniversario. Su fecha de aniversario es un año después de la fecha en que comenzó su plan médico.

Tendrá 60 días para cambiar de plan médico. Puede hacer un cambio de plan durante este tiempo llamando a los Servicios de afiliación de clientes al **877-912-8880 (TTY: 866-565-8576)**.

Una vez transcurridos los 60 días, usted permanecerá en su plan médico durante los siguientes 12 meses, incluso si no realizó ningún cambio.

Si tiene preguntas sobre cómo afiliarse o desafiliarse de Humana, llame a los Servicios de afiliación de clientes al **877-912-8880 (TTY: 866-565-8576)**.

Redeterminación

No olvide renovar sus beneficios. Cada año, el Departamento de Cuidado de Salud y Servicios para Familias (HFS, por sus siglas en inglés) lleva a cabo redeterminaciones anuales. Asegúrese de presentar su redeterminación a tiempo para mantener su cobertura.

Puede presentar su redeterminación utilizando cualquiera de las siguientes opciones:

- Complete la versión electrónica de la redeterminación en línea en ABE Manage My Case en **abe.Illinois.gov**; o
- Complete su redeterminación médica por teléfono llamando al **800-843-6154/866-324-5553 TTY**; **o bien**
- Rellene y firme el formulario y envíenoslo junto con las verificaciones necesarias de los siguientes modos:
  - Envíelo por correo postal a **P.O. Box 19138**, Springfield, IL 62763; o
  - Envíe por fax el formulario completado y las verificaciones al **844-736-3563**; o
  - Si desea completar su redeterminación en persona, llame al **800-843-6154/866-324-5553** TTY para encontrar ayuda cerca de usted o visite el Centro de Recursos para Familias y Comunidades (FCRC, por sus siglas en inglés) más cercano a su hogar. Puede averiguar dónde está el FCRC más cercano visitando **https://www.dhs.state.il.us/PAGE.ASPX?MODULE=12**.

Cuanto antes se reciba su redeterminación, antes se podrá determinar su elegibilidad para continuar recibiendo beneficios médicos.

Una vez que se reciba su formulario, se determinará su elegibilidad y recibirá otro aviso explicando la decisión.

*Cuidado con las estafas. Illinois nunca le pedirá dinero para renovar o solicitar Medicaid. Denuncie las estafas en el sitio web de denuncias de fraudes de Medicaid en **hfs.illinois.gov/oig/reportfraud** o en la línea directa de fraudes de Medicaid al **844-453-7283/844-ILFRAUD**

Ya está afiliado, ¿y ahora qué? Sus primeros 5 pasos para ser afiliado

Paso 1: Obtenga su tarjeta de identificación de Humana.





- Se le enviará por correo su tarjeta de identificación de Humana junto con su carta de bienvenida.
- Lleve consigo su tarjeta de identificación de Humana cuando:
  - Consulte a un médico.
  - Acuda al dentista.
  - Se haga un examen de la vista.
  - Recoja el medicamento.
  - Acuda a un centro de cuidado de urgencia.
  - Acuda al hospital.
  - Utilice transporte.

Paso 2: Cree su cuenta en línea de Myhumana

- Visite **https://es-www.humana.com/member/manage-your-account.**
- Elija “Soy afiliado” (I’m a member) y seleccione el botón “Iniciar activación ahora” (Start activation now),
- Seleccione su tipo de afiliado e ingrese su número de identificación, fecha de nacimiento y código postal,
- Habilite la autenticación de 2 factores para que pueda verificar su identidad al iniciar sesión,
- Configure su perfil,
- Comience a informarse sobre sus beneficios,
  - Conozca Go365 para ganar recompensas realizando actividades saludables.
  - Conozca los beneficios de valor añadido.

Paso 3: Elija su proveedor de cuidado primario

- Su PCP es su médico principal.
- Su PCP le ayuda a:
  - Hacerse revisiones médicas.
  - Mantenerse saludable.
  - Tratar enfermedades.
  - Gestionar las necesidades de salud a largo plazo.
  - Buscar especialistas.
  - Comprender sus medicamentos.
  - Planificar su cuidado.
- Puede elegir un PCP para toda su familia o un PCP diferente para cada miembro de la familia.
- Vaya a **https://findcare.humana.com/** para encontrar un médico cerca de usted.

Paso 4: Programe su primera revisión

- Llame a su PCP y programe una revisión dentro de sus primeros 30 días.
- Lleve:
  - Su tarjeta de identificación de Humana.
  - Su tarjeta de Illinois Medicaid.
  - Una lista de sus medicamentos.
  - Cualquier pregunta que tenga.

Paso 5: Realice su evaluación de detección de riesgos para la salud

Una evaluación de detección de riesgos para la salud (HRSA, por sus siglas en inglés) es una encuesta sencilla sobre su salud que toma aproximadamente 5 minutos. Esta encuesta:

- Nos ayuda a aprender más sobre usted.
- Nos ayuda a conocer sus necesidades de salud.

Una vez que haya completado su HRSA, uno de nuestros Coordinadores de cuidado de salud se comunicará con usted para hablar sobre cualquier desafío que pueda estar enfrentando. Si reúne los requisitos, se le asignará un coordinador de cuidado. El objetivo es hacer coincidir los beneficios de su plan con sus necesidades personales de cuidado de salud.



Obtener cuidado médico

¿Por qué debería tener un proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)?

Su proveedor de cuidado primario o PCP es su principal proveedor de cuidado de salud. Tener un PCP es parte del cuidado médico de rutina para ayudarle a mantenerse bien. Tiene derecho a elegir entre los proveedores de nuestra red quién le brindará cuidado. Puede cambiarse a otro PCP dentro de la red de Humana en cualquier momento que desee. Su PCP puede ayudar con lo siguiente:

- Hacerse revisiones regulares.
- Recibir vacunas y pruebas de detección de salud.
- Hacer preguntas sobre salud.
- Tratar problemas de salud.
- Obtener referidos a especialistas, si es necesario.
- Conocer el cuidado adecuado para usted.

Puede llamar a su PCP de día o de noche. Si llama fuera del horario de servicio o durante el fin de semana, deje un mensaje con su nombre y número de teléfono. Su PCP le devolverá la llamada lo antes posible.

¿Cómo encuentro un PCP?

Puede encontrar un PCP de las siguientes maneras:

-  Visitando el sitio web de humana en **findcare.com**.
-  Viendo o descargando un pdf del directorio de proveedores en **https://es-www.humana.com/illinoismedicaid**
  - El Directorio de proveedores es una lista de los médicos y proveedores que puede utilizar para encontrar servicios e información importante como:
    - Direcciones,
    - números de teléfono,
    - especialidades,
    - y otras cualificaciones.
    - Si hay alguna información que no esté incluida en el directorio, como la residencia médica del proveedor o la facultad de medicina a la que asistió, póngase en contacto directamente con el consultorio del proveedor para preguntar.
  - También puede solicitar una copia impresa sin costo alguno.
  - Llame a Servicios para afiliados para solicitar su copia hoy mismo.
-  Llamando a Servicios para afiliados al **800-787-3311 (TTY: 711)**.

Si necesita cuidado antes de que elija o le asignen un PCP, llame a Servicios para afiliados al número gratuito **800-787-3311 TTY: 711** de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, para obtener ayuda.

Cómo elegir el PCP adecuado

Es posible que desee elegir un PCP que:

- Haya visto antes.
- Ya ve a su familia.
- Entiende sus necesidades de salud.
- Acepta nuevos pacientes.
- Habla su idioma.
- Comparte su cultura o antecedentes, si eso le importa.
- Está cerca de usted.

Si no elige un PCP al afiliarse, se le asignará uno.

Tipos de PCP

Diferentes PCP atienden diferentes necesidades. Tiene derecho a elegir. Los tipos de PCP son:

- Pediatras.
- Médicos de familia.
- Médicos especialistas en medicina interna.
- Proveedores de cuidado de salud de Illinois.
- Obstetras/ginecólogos.
  - Las mujeres no necesitan referido de un PCP para ver a un obstetra/ginecólogo u otro proveedor de cuidado de salud para mujeres.
- Las mujeres pueden obtener:
  - Controles médicos de rutina.
  - Cuidado de seguimiento.
  - Cuidado médico durante el embarazo.
  - Otros servicios de salud de la mujer.

Consultar a un especialista

Si tiene una afección médica compleja o una necesidad de cuidado de la salud especial, es posible que pueda elegir a un especialista para que actúe como su PCP.

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP en línea en cualquier momento a través de MyHumana en **account.humana.com**. También puede llamar a Servicios para afiliados.

Usted tiene derecho a cambiar de PCP si así lo desea. No es necesario que dé una razón. Si cambia de PCP durante el primer mes con Humana, el cambio comenzará el siguiente día hábil. Después de su primer mes, aún puede cambiar de PCP en cualquier momento. El cambio comenzará el primer día del próximo mes.

Su cuidado cuando cambia de plan médico o de médico (continuidad del cuidado)

Si se une a Humana Healthy Horizons desde otro plan médico, le llamaremos o le escribiremos dentro de los 5 días hábiles posteriores a la fecha en la que está programado para unirse. Le pediremos el nombre de su antiguo plan médico. Esto nos ayuda a agregar su información de salud a nuestros registros, como su expediente médico y las visitas que ya están programadas.

- Si abandona Humana Healthy Horizons, compartiremos su información de salud con su nuevo plan médico.
- Puede seguir recibiendo los servicios que su antiguo plan médico ya aprobó.
- Una vez finalizados esos servicios, le ayudaremos a encontrar un médico u otro proveedor de cuidado de salud de nuestra red si aún necesita cuidado.
- La mayoría de las veces, sus médicos deberán ser proveedores de Humana Healthy Horizons.
- En algunos casos, es posible que pueda seguir consultando a un médico o proveedor que tenía antes de unirse a Humana Healthy Horizons.

Si ya está recibiendo cuidado por un problema de salud cuando se afilia a Humana Healthy Horizons, puede solicitar que se mantenga su proveedor hasta por 90 (noventa) días.

Si su proveedor abandona Humana Healthy Horizons, le enviaremos una carta. La enviaremos al menos 30 días después de enterarnos de que el proveedor se va. Le ayudaremos a encontrar un nuevo proveedor.

Si su proveedor de cuidado primario, también llamado PCP, se va, se lo informaremos al menos 15 días después de enterarnos de esto. Esta carta explicará cómo elegir un nuevo PCP.

Si desea encontrar un nuevo proveedor, puede hacer lo siguiente:

- Visite **https://findcare.humana.com/**.
- Llame a Servicios para afiliados al número gratuito **800-787-3311 TTY: 711** de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local.

Su primera cita

Tan pronto como elija o le asignen un PCP, llame para hacer una primera cita. Hay algunas cosas que puede hacer para ayudar a su PCP a conocerlo a usted y sus necesidades de cuidado de salud. Puede hacerlo de las siguientes maneras:

- Haga una lista de sus antecedentes médicos.
- Haga una lista de cualquier problema que tenga ahora.
- Haga una lista de las preguntas que desea hacerle a su PCP.
- Lleve los medicamentos y suplementos que esté tomando cuando acuda a la consulta.

Si usted:

- No puede acudir a una cita, es importante que llame para informar a su PCP en cuanto tenga conocimiento de que no podrá ir.
- Necesita transporte para llegar a su cita, llame al **888-778-7507**.
- Necesita cuidado antes de su primera cita, llame al consultorio de su PCP.
  - Su PCP programará una cita más pronto.
  - Aún debe mantener la primera cita para hablar sobre sus antecedentes médicos y hacer preguntas.

Cuando llame para una cita, utilice la guía de citas a continuación para saber cuánto tiempo puede tener que esperar para que lo atiendan.

GUÍA DE CITAS	
Si llama para este tipo de servicio:	**Su cita debe ocurrir:**
Cuidado primario de rutina para adultos y niños	Dentro de los 15 días hábiles a partir de la fecha en que solicita el cuidado
Cuidado preventivo de rutina	En un plazo de 5 semanas a partir de la fecha de solicitud de una cita de rutina
Cuidado de rutina de obstetricia y ginecología	Dentro de los 15 días hábiles a partir de la fecha en que solicita el cuidado
Cuidado preventivo de rutina para bebés menores de 6 meses	En un plazo de 2 semanas a partir de la fecha en que solicita el cuidado
Problema o queja que no es grave pero que necesita atención médica	Dentro de los 7 días hábiles a partir de la fecha en que solicita el cuidado
Problema o queja que no es grave	En un plazo de 3 semanas a partir de la fecha en que solicita el cuidado
Primera visita prenatal: primer trimestre, sin problemas declarados	En un plazo de 2 semanas a partir de la fecha en que solicita el cuidado
Primera visita prenatal: segundo trimestre, sin problemas declarados	En el plazo de 1 semana a partir de la fecha en que solicita el cuidado
Primera visita prenatal: tercer trimestre, sin problemas declarados	En un plazo de 3 días a partir de la fecha en que solicita el cuidado
Cuidado ambulatorio de rutina de salud conductual para adultos y niños, que incluye cuidado de salud mental, emocional, nerviosa o trastorno por uso de sustancias	En un plazo de 10 días hábiles a partir de la fecha en que solicita el cuidado Para emergencias por uso de sustancias, llame al número de Illinois CARES al **800-345-9049**.

Segundas opiniones

Una segunda opinión significa pedirle recomendación a otro médico sobre su cuidado.

Puede obtener una segunda opinión sin costo alguno para usted. Esto incluye cuidado para cirugías, problemas de salud graves o afecciones de salud a largo plazo.

Hable con su PCP si desea una segunda opinión. Puede elegir un médico dentro o fuera de nuestra red. Si necesita ayuda para encontrar un médico de la red, podemos ayudarle.

Si desea consultar a un médico fuera de la red de Humana, primero debe obtener la aprobación de Humana.

Cualquier prueba solicitada para la segunda opinión también puede necesitar la aprobación de Humana. Su PCP revisará la segunda opinión con usted y le ayudará a decidir qué cuidado es el mejor.

Cuidado especializado

A veces, es posible que necesite ver a un proveedor que no sea su PCP por problemas médicos como problemas especiales, lesiones o enfermedades. Un especialista es un proveedor que trabaja en un área específica de cuidado de salud. No necesita hablar primero con su PCP, y Humana no requiere que obtenga un referido de su PCP para ver a un especialista dentro de la red.

Cuándo acudir a cuidado de urgencia o a la sala de emergencias

Cuándo acudir a un centro de cuidado de urgencia	Cuándo acudir a la sala de emergencias
El cuidado de urgencia es una excelente opción si tiene una enfermedad o lesión que no pone en peligro su vida y necesita tratamiento inmediato. Recibirá atención directa de médicos, enfermeras y otros profesionales médicos calificados. Los tiempos de espera suelen ser más cortos que en una sala de emergencia y los copagos suelen ser más bajos. Estas son algunas de las afecciones para cuyo tratamiento está diseñado el cuidado de urgencia: • Fiebre • Resfriados • Cortes y rasguños menores • Dolor de oídos	Debe llamar al **911** o ir a la sala de emergencias por cualquier síntoma que pueda sentir que es una amenaza para su vida o extremidades. Esto puede incluir lo siguiente: • Síntomas de derrame cerebral (debilidad repentina, visión borrosa, dificultad para hablar) • Ataque al corazón • Fracturas óseas abiertas o graves • Pérdida del conocimiento • Dificultad para respirar • Hemorragia severa

Cuándo acudir a un centro de cuidado de urgencia	Cuándo acudir a la sala de emergencias
	No necesita una autorización previa ni un referido de su plan o de su proveedor de cuidado primario antes de recibir cuidado médico en casos de emergencia, y no está obligado a utilizar nuestros hospitales ni nuestros médicos. Si cree que está teniendo una emergencia de salud conductual, llame a Illinois CARES al **800-345-9049**

Si tiene una emergencia, llame al **911** o vaya a la Sala de Emergencias (ER, por sus siglas en inglés) más cercana.

Servicios posteriores a la estabilización

El cuidado médico posterior a la estabilización es el cuidado que recibe después de los servicios de emergencia médica. Este cuidado ayuda a mejorar o resolver su dificultad de salud o a evitar que empeore.

No necesita utilizar un proveedor de la red para recibir cuidado médico en casos de emergencia. El cuidado médico en casos de emergencia está cubierta dentro o fuera de nuestra red. Cubriremos los servicios necesarios por razones médicas después de una emergencia. Debe recibir cuidado hasta que su afección se estabilice.

Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Puede llamar a la línea de asesoramiento de enfermería a cualquier hora del día o de la noche al **833-641-5522.**

Nuestro personal de enfermería puede ayudarle a:

- Decidir dónde obtener cuidado.
- Comprender los síntomas.
- Aprender a tratar una enfermedad menor.
- Hacer preguntas sobre medicamentos.
- Obtener consejos de salud.

¿Necesita ayuda para acudir al cuidado médico?

- Transporte de emergencia:
  - Si tiene una emergencia médica, llame al **911**.
  - No necesita aprobación previa en caso de emergencia.

- Transporte médico que no es de emergencia
  - Humana trabaja con Medicaid Transportation Management (MTM) para llevarlo a su destino.
  - Si necesita que lo lleven a su visita de cuidado de salud o a lugares aprobados por el plan, llame al **888-778-7507** de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Esta llamada es gratuita.

Sus beneficios

Beneficios de valor añadido

Como afiliado de Humana, ¡recibe más! Recibe estos beneficios, herramientas y servicios extra sin ningún costo para usted. Eche un vistazo a la tabla a continuación para ver cómo puede aprovechar al máximo su plan.

Visite **es-www.humana.com/illinoisVAB** para obtener más información.

Beneficio	Quién puede calificar	Descripción del beneficio	Cómo obtener más información o utilizar el beneficio
Asiento convertible de seguridad infantil para automóvil o cuna portátil	Afiliadas embarazadas que participan activamente en el programa HumanaBeginnings	Prepárese para la llegada de su bebé con artículos que la ayuden a mantenerlo seguro en casa y cuando viaja. Este beneficio le otorga 1 asiento convertible de seguridad o 1 cuna portátil por cada embarazo. Este beneficio es para los afiliados que se mantienen activos en el programa HumanaBeginnings®.	Hable con su coordinador de cuidado de salud
Servicios dentales	Disponible para afiliados de 21 años de edad en adelante	Para los afiliados mayores de 21 años, hasta un examen o limpieza adicional al año.	Hable con su proveedor o con Servicios para afiliados de Humana

Beneficio	Quién puede calificar	Descripción del beneficio	Cómo obtener más información o utilizar el beneficio
Pruebas del desarrollo educativo general (GED, por sus siglas en inglés)	Disponible para afiliados de 16 años de edad en adelante	Dé el siguiente paso hacia sus metas educativas y profesionales. Este beneficio le da acceso a un programa virtual de preparación para el examen de GED, 1 por vida. El programa está disponible tanto en inglés como en español, incluye el apoyo de un asesor, materiales de estudio y pruebas de práctica e intentos de prueba ilimitados hasta que apruebe. Este beneficio es para afiliados mayores de 16 años.	Hable con su coordinador de cuidado de salud o con Servicios para afiliados de Humana
Intervenciones domiciliarias para el asma y la exposición al plomo	Afiliados con asma en Programas de administración de cuidados médicos o de manejo de enfermedades: afiliadas embarazadas y afiliados de 0 a 12 años que viven en códigos postales designados como de alto riesgo de exposición al plomo	Los afiliados asmáticos de nuestros Programas de administración de cuidados médicos o de manejo de enfermedades pueden recibir un subsidio de hasta $200 por año para ropa de cama libre de alérgenos o un purificador de aire. Las afiliadas embarazadas y los afiliados de 0 a 12 años de edad que residen en códigos postales designados como de alto riesgo de exposición al plomo son elegibles para recibir un filtro de agua sin costo alguno. Este beneficio se proporciona para ayudar a reducir la posible exposición al plomo en el agua del hogar. La elegibilidad se determina en función de las evaluaciones de riesgo de los códigos postales.	Se requiere la aprobación del coordinador de cuidado de salud.

Beneficio	Quién puede calificar	Descripción del beneficio	Cómo obtener más información o utilizar el beneficio
Asistencia para la vivienda	Afiliados mayores de 18 años que están experimentando un desalojo o están en riesgo de ser desalojados * Si usted utiliza este programa para pagar la renta o los servicios públicos, el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD, por sus siglas en inglés) requiere que se informe como ingreso si solicita asistencia. Comuníquese con su oficina local de HUD si tiene preguntas.	Obtenga ayuda a corto plazo para que pueda permanecer en su hogar durante las emergencias. Este beneficio le brinda hasta $500 por año para ayudar a pagar los costos importantes de vivienda. Este beneficio es para afiliados mayores de 18 años que están experimentando o están en riesgo de ser desalojados.	Hable con su coordinador de cuidado de salud o con Servicios para afiliados de Humana
Kit de cuidado para el recién nacido	Afiliadas embarazadas o afiliadas de hasta 60 días después del parto que participan activamente en el programa HumanaBeginnings, y padres o tutores de afiliados de Humana recién nacidos de hasta 6 meses de edad	Apoye la salud y la comodidad de su bebé recién nacido en el hogar. Este beneficio le otorga 1 kit para recién nacidos por afiliado elegible. El kit incluye una pañalera, pañales, toallitas húmedas y más. Este beneficio es para las afiliadas que permanecen activas en el Programa HumanaBeginnings y que están embarazadas o 60 días después del parto y para los padres o tutores de afiliados de Humana recién nacidos de hasta 6 meses de edad.	Hable con su coordinador de cuidado de salud o con Servicios para afiliados de Humana

Beneficio	Quién puede calificar	Descripción del beneficio	Cómo obtener más información o utilizar el beneficio
Transporte médico que no sea de emergencia (NEMT, por sus siglas en inglés): visitas al hospital/unidad de cuidados intensivos neonatales (NICU, por sus siglas en inglés)	Padres o tutores de afiliados menores de 18 años que estén en la NICU o que reciban cuidado médico a pacientes internados	Esté ahí para su hijo cuando más lo necesite. Este beneficio le otorga 1 viaje de ida y vuelta dentro del estado (o 2 viajes de ida) por día para visitar a su hijo en el hospital. Este beneficio es para los padres o tutores de afiliados menores de 18 años que se encuentran en la NICU o reciben cuidado médico a pacientes internados.	Llame a MTM para programar su viaje
Transporte no médico (NMT, por sus siglas en inglés)	Disponible para afiliados de 18 años de edad en adelante	Manténgase conectado e independiente con un transporte fácil y confiable. Este beneficio le brinda hasta 15 viajes de ida y vuelta (o 30 viajes de ida) por año. Cada viaje puede ser de hasta 30 millas. Puede usar estos viajes para ir a lugares como bancos de alimentos, citas de WIC/SNAP, capacitación laboral, entrevistas, al trabajo, clases de preparación para el parto o de crianza, guarderías, parques, iglesias y centros comunitarios. Este beneficio es para afiliados mayores de 18 años.	Llame a MTM para programar su viaje

Beneficio	Quién puede calificar	Descripción del beneficio	Cómo obtener más información o utilizar el beneficio
Transporte no médico (NMT) 25 viajes de ida y vuelta para afiliados de HCBS	Afiliados de la exención HCBS mayores de 18 años	Manténgase conectado e independiente con un transporte fácil y confiable. Este beneficio le brinda hasta 25 viajes de ida y vuelta (o 50 viajes de ida) por año. Cada viaje puede ser de hasta 30 millas. Puede usar estos viajes para ir a lugares como bancos de alimentos, citas de WIC/SNAP, capacitación laboral, entrevistas, al trabajo, clases de preparación para el parto o de crianza, guarderías, parques, iglesias y centros comunitarios. Este beneficio es para afiliados de la exención HCBS mayores de 18 años.	Llame a MTM para programar su viaje
Subsidio de farmacia OTC (sin receta, por sus siglas en inglés)	Afiliados elegibles	Manténgase preparado y ahorre dinero en artículos de salud cotidianos. Este beneficio le otorga un subsidio de hasta $65 cada 3 meses para artículos de uso doméstico de venta sin receta (OTC). Puede encontrar la lista completa de artículos OTC aprobados y formularios de pedido en el sitio web de Humana.	Hable con CenterWell Pharmacy o solicite un catálogo impreso de Servicios para afiliados de Humana
Comida para después del alta hospitalaria	Afiliados que tuvieron estadía en hospital o centro calificado	Apoye su recuperación con comidas saludables y listas para comer en casa. Este beneficio le brinda 14 comidas precocinadas y entregadas a domicilio hasta 4 veces al año. Este beneficio es para los afiliados que tuvieron una estadía en hospital o centro calificado.	Hable con su coordinador de cuidado de salud o con Servicios para afiliados de Humana

Beneficio	Quién puede calificar	Descripción del beneficio	Cómo obtener más información o utilizar el beneficio
Teléfono inteligente	Afiliados mayores de 18 años o menores emancipados que califican para el programa Federal Lifeline	Manténgase conectado con su equipo de cuidado, plan médico y red de apoyo. Este beneficio le brinda 1 teléfono inteligente gratis con llamadas, mensajes de texto y datos mensuales por hogar. Este beneficio es para afiliados mayores de 18 años que califican para el programa Federal Lifeline.	Hable con Servicios para afiliados de Humana o visite el sitio web de Humana
Asistencia para la transición a la vida comunitaria	Afiliados mayores de 18 años que se mudan de un centro de cuidado a largo plazo a su propio hogar * Si usted utiliza este programa para pagar la renta o los servicios públicos, el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD, por sus siglas en inglés) requiere que se informe como ingreso si solicita asistencia. Comuníquese con su oficina local de HUD si tiene preguntas.	Haga que su mudanza a la vida en comunidad sea más fluida y fácil. Este beneficio le brinda hasta $5,000 de por vida para ayudarle a mudarse de un centro de cuidado a largo plazo a su propia casa. Puede usar los fondos para pagar depósitos de seguridad, servicios públicos, comprar muebles y artículos para el hogar y cubrir los costos de mudanza.	Hable con su coordinador de cuidado de salud o con Servicios para afiliados de Humana

Beneficio	Quién puede calificar	Descripción del beneficio	Cómo obtener más información o utilizar el beneficio
Servicios para la vista	Disponible para afiliados de 21 años de edad en adelante	Obtenga el apoyo que necesita para cuidar su visión y su salud ocular. Este beneficio le otorga 1 examen de la vista y hasta $150 por año para ayudar a pagar 1 par de anteojos (monturas y lentes) o lentes de contacto. Este beneficio es para afiliados mayores de 21 años.	Hable con su proveedor o con Servicios para afiliados de Humana
Programa de Desarrollo de la Fuerza Laboral	Afiliados mayores de 18 años que participan en el programa de Desarrollo de la Fuerza Laboral de Humana	Desarrolle sus habilidades y prepárese para un futuro más sólido. Este beneficio le brinda hasta $200 por año para ayudar a pagar una licencia de trabajo, un certificado de capacitación laboral o ropa o equipo de trabajo. Este beneficio es para afiliados mayores de 18 años que participan en el programa de Desarrollo de la Fuerza Laboral de Humana. Hable con su coordinador de cuidado de salud o con Servicios para afiliados de Humana para obtener más información.	Hable con su coordinador de cuidado de salud o con Servicios para afiliados de Humana

Beneficio	Quién puede calificar	Descripción del beneficio	Cómo obtener más información o utilizar el beneficio
Tutoría juvenil Grados K-5	Niños de 5 a 11 años en los grados K-5	Haga que el tiempo de la tarea sea más fácil con ayuda adicional para los niños. Los afiliados pueden obtener sesiones de tutoría en línea de 1 hora, hasta 20 veces al año, para lectura, escritura y matemáticas para ayudar a desarrollar habilidades y confianza. Este beneficio es para niños de 5 a 11 años que están en los grados K-5. Visite **https://home.brainfuse.com** o hable con su coordinador de cuidado de salud o con Servicios para afiliados de Humana para obtener más información.	Visite **https://home.brainfuse.com/** o hable con su coordinador de cuidado de salud o con Servicios para afiliados de Humana
Tutoría juvenil Grados 6-12	Niños de 11 a 18 años en los grados 6-12	Dé a los niños las herramientas que necesitan para tener un mejor desempeño en la escuela. Este beneficio brinda a los afiliados sesiones de tutoría en línea de 1 hora, hasta 20 por año en materias como artes, literatura en inglés, matemáticas, ciencias y ciertos idiomas extranjeros para ayudar a mejorar las calificaciones y el rendimiento. Este beneficio es para afiliados de 11 a 18 años de edad en los grados 6 a 12. Para los afiliados de la escuela secundaria, la preparación para los exámenes ACT/SAT puede estar cubierta. Visite el sitio web **https://home.brainfuse.com** o hable con su coordinador de cuidado de salud o con Servicios para afiliados de Humana para obtener más información.	Visite el sitio web https://home.brainfuse.com o hable con su Coordinador de cuidado de salud o con Servicios para afiliados de Humana

Descargue hoy la aplicación Go365 for Humana Healthy Horizons

La aplicación Go365 for Humana Healthy Horizons® es una excelente manera de ganar recompensas por estar al día con sus objetivos de bienestar personales. Después de completar una actividad elegible, gana recompensas que puede canjear por tarjetas de regalo electrónicas de marcas que conoce y le encantan, sin costo alguno para usted.

Cómo comenzar en 3 pasos

1. **Descargue la aplicación** desde Google Play o la App Store.*

GET IT ON Google Play

Download on the App Store

Utilice la cámara de su teléfono para escanear el código QR

2. **Cree una cuenta** en la aplicación e inicie sesión. Si está registrado en MyHumana.com, puede usar la misma información de inicio de sesión en la aplicación. Si se registra por primera vez, los tutores con o **sin** cuenta MyHumana deben registrarse con sus credenciales de cuenta de afiliado o de cuidador adulto.†

3. **Seleccione una actividad** para comenzar, ¡y listo!

Obtenga más información sobre las actividades con recompensa

Como afiliado, usted gana recompensas por completar actividades saludables, como pruebas de detección preventivas, visitas de control del niño sano y cuidado prenatal y posparto. Desde la aplicación, se pueden canjear las recompensas por tarjetas de regalo electrónicas a través del Go365 Mall.

Actividad	Criterios de recompensa	Cantidad de recompensa
Consulta anual de bienestar	Completar una consulta anual de bienestar con un PCP. Disponible para afiliados de 3 años de edad en adelante.	**$25 en recompensas** al año
Consulta de seguimiento de salud del comportamiento	Realizar una consulta de seguimiento dentro de los 7 días posteriores al alta hospitalaria por un diagnóstico de salud del comportamiento. Disponible para todos los afiliados.	**$25 en recompensas** al año
Prueba de detección de cáncer de mama	Hacerse una mamografía para proteger su salud. Disponible para afiliadas de 40 años de edad en adelante.	**$25 en recompensas** al año
Prueba de detección de cáncer de cuello uterino	Realizarse una prueba de detección de cáncer de cuello uterino como parte de una prueba de Papanicolaou de rutina. Disponible para afiliadas de 21 años de edad en adelante.	**$25 en recompensas** al año

Actividad	Criterios de recompensa	Cantidad de recompensa
Prueba de detección de la diabetes	Hacerse una prueba de detección anual de presión arterial y HbA1c con su PCP. Disponible para los afiliados de 18 años de edad en adelante que tengan un diagnóstico de diabetes.	**$25 en recompensas** al año
Vacuna contra la influenza	Vacunarse contra la influenza. Si se recibe fuera del consultorio de su médico o en una farmacia, cargue una foto como prueba en la experiencia Go365. Disponible para afiliados de 6 meses de edad en adelante.	**$25 en recompensas** al año
Evaluación de riesgos para la salud (HRA, por sus siglas en inglés)	Complete la HRA dentro de los 90 días posteriores a la afiliación a través de Go365 for Humana Healthy Horizons, utilizando el formulario de su kit de bienvenida, llamando al (800) 787-3311 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del centro, o en el sitio web MyHumana.com. Disponible para todos los afiliados.	**$20 en recompensas** por afiliado, por nueva afiliación
Consulta de seguimiento después del cuidado de alta intensidad por el trastorno por consumo de sustancias	Realizar una consulta de seguimiento dentro de los 30 días posteriores al alta por atención para pacientes internados, tratamiento residencial o desintoxicación. Disponible para todos los afiliados.	**$25 en recompensas** al año
Vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH)	Reciba ambas dosis de la vacuna contra el VPH. Disponible para afiliados de 9 a 13 años.	**$20 de recompensa** de por vida
Consulta posparto	Completar 1 consulta posparto dentro de los 7 a 84 días posteriores al parto. Disponible para afiliadas.	**$25 de recompensa** por embarazo
Consulta prenatal	Asistir a un máximo de 10 consultas prenatales. Los afiliados ganan $10 en recompensas por consulta, hasta $100 en recompensas. Disponible para afiliadas embarazadas.	**$10 en recompensas** por consulta, máximo $100 en recompensas por embarazo
Consultas de bienestar infantil (de 0 a 15 meses)	Gane recompensas de $10 por cada consulta de bienestar con un pediatra, hasta 6 consulta para un máximo de $60 en recompensas. Disponible para afiliados de 0 a 15 meses.	**$10 en recompensas** por consulta, hasta 6 consulta, máximo $60 en recompensas por año
Consultas de bienestar infantil (de 16 a 30 meses)	Gane $10 en recompensas por cada consulta de bienestar con un pediatra, hasta 2 consulta para un máximo de $20 en recompensas. Disponible para afiliados de 16 a 30 meses.	**$10 en recompensas** por consulta, hasta 2 consulta, máximo $20 en recompensas por año

Las recompensas estarán disponibles en su cuenta de Go365 una vez confirmados los criterios y las actividades. También puede acceder a una lista completa de actividades con recompensas en la aplicación.

Cómo canjear las recompensas

Google Play App Store

Después de completar cualquiera de las actividades saludables elegibles:

- Abra la aplicación Go365 for Humana Healthy Horizons.
- Haga clic en “Shop” (Comprar) para acceder a Go365 Mall en la aplicación.
- Vea y canjee sus recompensas por tarjetas de regalo electrónicas.

Visite **es-www.humana.com/medicaid/Illinois** o llame al **888-225-4669 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 6:00 p.m., hora local**, para obtener más información sobre Go365 for Humana Healthy Horizons.

---

* Con un teléfono inteligente, tiene fácil acceso a la información relacionada con la salud y puede mantenerse conectado con su equipo de cuidado y su plan de salud. Los afiliados que califiquen para el programa Federal Lifeline son elegibles para recibir un teléfono inteligente gratuito con minutos para hablar, mensajes de texto y datos mensuales.

† Los tutores (con o sin cobertura de Humana) deben registrarse a su nombre para agregar a su(s) menor(es). Al registrarse, ingrese la información del menor exactamente como aparece en los registros de Humana, incluida la identificación de afiliado y los datos demográficos del menor (nombre, fecha de nacimiento, dirección, etc.). Cuando corresponda, cargue documentos que demuestren su relación con el menor. La aplicación le solicitará los documentos requeridos y los tipos de archivos aceptados.

Los Servicios de afiliación de clientes de Illinois le enviarán información sobre sus opciones de plan médico cuando sea el momento de elegir un plan médico y durante su período de inscripción abierta.

Go365 for Humana Healthy Horizons está disponible para todas las personas que cumplan con los requisitos del programa. Las recompensas no se utilizan para indicarle que seleccione a un proveedor determinado.

Las recompensas no tienen valor en efectivo. Las cantidades monetarias mencionadas anteriormente son valores de recompensas y no dinero en efectivo.

Las tarjetas de regalo electrónicas no se pueden usar para comprar medicamentos recetados o servicios médicos que estén cubiertos por Medicare, Medicaid u otros programas federales de cuidado de salud, ni juegos de apuestas, alcohol, tabaco, cigarrillos electrónicos o armas de fuego. Las tarjetas de regalo electrónicas no se deben convertir en efectivo. Las recompensas se pueden limitar a una vez al año, por actividad.

Servicios de pruebas de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT, por sus siglas en inglés)

EPSDT es un beneficio de Medicaid para niños y adultos jóvenes menores de veintiún (21) años.

EPSDT ayuda a detectar problemas de salud a tiempo. Esto significa que usted o su hijo pueden recibir cuidado antes de que el problema empeore.

EPSDT puede cubrir el cuidado para detectar, identificar o tratar un problema de salud. Esto puede incluir:

- Exámenes médicos regulares
- Vacunas
- Pruebas de audición y visión
- Análisis de laboratorio, incluyendo pruebas para asegurarse de que su hijo no tenga demasiado plomo en la sangre
- Controles dentales: su hijo debe recibir una limpieza dental y tratamientos de flúor cada 6 meses
- Proyecciones de crecimiento y desarrollo
- Si se determina que es médicamente necesario, EPSDT cubre tratamientos, referidos a especialistas, equipo médico, enfermería privada, servicios escolares y más

Si su hijo no se ha hecho un control médico este año, llame a su proveedor para programar uno.

Si necesita ayuda para encontrar un médico o programar una consulta. Visite **findcare.humana.com** o llame a Servicios para afiliados al **800-787-3311 (TTY: 711)**.

Planificación familiar

Humana trabaja con proveedores de planificación familiar que pueden ayudarle a obtener el cuidado y los suministros que necesita.

También puede obtener servicios y suministros de planificación familiar de cualquier proveedor, incluso si no está en nuestra red. No necesita un referido. Estos servicios estarán cubiertos.

Los servicios de planificación familiar cubiertos pueden incluir lo siguiente:

- Proyecciones de crecimiento y desarrollo
- Visitas al médico para el control de la natalidad
- Educación y consejería en planificación familiar
- Pruebas de embarazo
- Pruebas de laboratorio
- Pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual, también llamadas STI (por sus siglas en inglés)
- Esterilización

Los servicios de aborto están cubiertos por Medicaid (no por Humana) mediante el uso de su tarjeta médica de Servicios del Departamento de Asistencia Sanitaria y Servicios Familiares de Illinois(HFS).

HumanaBeginnings

Ser mamá es un viaje increíble. No tiene que hacerlo sola. HumanaBeginnings está aquí para apoyarla durante el embarazo y después de la llegada de su bebé. Este programa:

- Se ofrece a afiliadas embarazadas y madres primerizas hasta 3 meses después del parto.
- Le ayuda a acceder a beneficios como una cuna portátil o un asiento de seguridad para ir al médico durante todo el embarazo.
- Le permite ganar recompensas a través del programa Go365 for Humana Healthy Horizons® por hacerse ciertas pruebas de detección y vacunas.
- Brinda un equipo de administración de cuidados médicos para ayudarla antes y después de dar a luz.

Para obtener más información y afiliarse a HumanaBeginnings, haga lo siguiente:

- Visite el sitio web específico del estado de **es-www.humana.com/IllinoisMoms**
- Llame a Servicios para afiliados al **800-787-3311 (TTY: 711),** de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local

Información sobre el beneficio de una doula

Todas las afiliadas embarazadas de Humana Healthy Horizons® in Illinois (HCI) pueden recibir asistencia de doula sin costo antes, durante y después de un embarazo.

Dentales

Humana trabaja con DentaQuest para ayudarle a obtener beneficios dentales.

Para obtener más información sobre los beneficios dentales:

- Llame a DentaQuest al **855-398-8412**
- Visite **https://www.dentaquest.com/en/members**

Para afiliados mayores de 21 años, Humana cubre	Para afiliados menores de 21 años, Humana cubre
• 2 limpiezas cada 12 meses • 2 exámenes bucales cada 12 meses • Radiografías • Empastes • Coronas • Extracciones • Servicios dentales de emergencia • Tratamientos de conducto radicular limitados • Dentaduras postizas limitadas	• 2 limpiezas cada 12 meses • 1 limpieza cada 6 meses (2 en total al año) • Un examen oral cada 6 meses (2 en total por año • Radiografías • Empastes • Coronas • Extracciones • Servicios dentales de emergencia • Tratamientos de conductos radiculares • Dentaduras postizas

De la visión

El cuidado de la visión ayuda a proteger su vista. Humana está trabajando con EyeMed para brindarle cuidado. No necesita autorización previa para el cuidado de la visión. Visite **https://findcare.humana.com/** para encontrar un proveedor dentro de la red o llame a Servicios para afiliados al **800-787-3311 (TTY: 711)** o visite **https://www.eyemed.com/en-us/**.

Beneficios de la vista:

- 1 examen de la vista por año.
- Hasta $150 por año para ayudar a pagar 1 par de anteojos (monturas y lentes) o lentes de contacto.
- Este beneficio es para afiliados mayores de 21 años.
- Hable con su proveedor o con Servicios para afiliados de Humana para obtener más información.

Servicios de farmacia

Cómo obtener sus medicamentos

Contamos con muchas farmacias en nuestra red. Puede surtir su receta en cualquier farmacia de nuestra red.

Para encontrar una farmacia dentro de la red, puede hacer lo siguiente:

- Visite **https://findcare.humana.com/**.
- Revise el directorio de farmacias.
- Llame a Servicios para afiliados al **800-787-3311**.

Cuando vaya a la farmacia:

- Lleve su tarjeta de identificación de afiliado.
- Lleve su receta.

No tiene que pagar un copago por los medicamentos cubiertos cuando usa una farmacia de la red

Informe a su médico sobre todos los medicamentos que toma. Esto incluye:

- Medicamentos recetados.
- Medicamentos de venta sin receta.
- Vitaminas.

Lista de medicamentos con receta

Humana Healthy Horizons of Illinois (HCI) utiliza una lista de medicamentos preferidos, también llamada PDL (por sus siglas en inglés). Esta lista proviene del Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios para la Familia de Illinois (HFS).

La PDL ayuda a su médico a elegir los medicamentos que están cubiertos por su plan.

Si su medicamento está en la PDL, tendrá un copago de $0 cuando surta su receta en una farmacia de la red del plan.

Es posible que algunos medicamentos necesiten aprobación primero. Algunos pueden tener límites.

Para obtener más información, puede hacer lo siguiente:

- Visite **es-www.humana.com/IllinoisRX** para ver qué medicamentos están cubiertos o requieren aprobación previa.
- Llame si un medicamento que está tomando no está en la PDL: **800-555-2546** de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 10:00 p.m., hora local.
- Hable con su proveedor para decidir si primero puede probar un medicamento en la PDL antes de solicitar una excepción.
  - Ir a **https://provider.humana.com/pharmacy-resources/tools/humana-drug-lists**
- Llame a Servicios para afiliados para solicitar una excepción para cubrir su medicamento. Envíe una declaración de su médico que respalde su solicitud. Humana debe tomar una decisión en un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud.

Envío de sus medicamentos por correo a su hogar

Como afiliado de Humana, puede recibir sus medicamentos a través de los servicios de farmacia de pedido por correo de Humana, incluidos CenterWell Pharmacy® y CenterWell Specialty Pharmacy®. Los afiliados también pueden usar una de nuestras otras farmacias de pedido por correo dentro de la red.

Para obtener más información sobre los servicios de pedido por correo, comuníquese con Servicios para afiliados al **800-787-3311 (TTY: 711).**

Para obtener más información sobre los servicios de farmacias de pedido por correo de Humana, comuníquese con CenterWell Pharmacy® al **800-379-0092**, o CenterWell Specialty Pharmacy® al **800-486-2668**.

Medicamentos y suministros de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés)

Como afiliado de Humana, tiene un subsidio de $65 por trimestre por hogar para gastar en artículos de salud y bienestar de venta sin receta a través de CenterWell Pharmacy. Su pedido será enviado por correo a su hogar sin costo alguno para usted. Estos artículos deben enviarse dentro de los 10-14 días posteriores a la realización del pedido. Puede ver el catálogo de OTC y el monto de su beneficio en nuestro sitio web **es-www.humana.com/IllinoisRX**.

Usted puede hacer su pedido:

- **Por teléfono:** Elija los artículos de venta sin receta que le gustaría comprar y llame a CenterWell Pharmacy al **855-211-8370**
- **Por correo postal:** Llene el Formulario de pedido de productos para la salud y el bienestar y envíe por correo las hojas del formulario de pedido a la siguiente dirección:

  CenterWell Pharmacy
  P.O. Box 1197
  Cincinnati, OH, 45201-1197
- **Por fax:** Complete el Formulario de pedido de productos para la salud y el bienestar y envíelo por fax al **800-379-7617**.

Costos compartidos

No tendrá que pagar por los medicamentos cubiertos que su médico le recete.

Programa de restricción de afiliados

Humana Healthy Horizons of Illinois (HCI), en asociación con el HFS, tiene un Programa de restricción de afiliados para los afiliados que califican. Este programa ayuda a los afiliados a trabajar con una farmacia para obtener sus medicamentos. Esto puede ayudar a detectar cualquier error o mal uso de su medicamento.

Servicios para la salud del comportamiento

El cuidado de la salud del comportamiento puede ayudar si está lidiando con estrés, tristeza, consumo de drogas o alcohol, o una crisis de salud mental. El cuidado que necesita depende de lo que esté sucediendo en su vida. Es posible que algunos servicios necesiten aprobación antes de recibirlos. Llame a Servicios para afiliados al **800-787-3311 (TTY: 711)** para comprobarlo.

Algunos de los servicios para la salud del comportamiento cubiertos incluyen:

- Tratamientos para consumo de alcohol o drogas
- Servicios de salud del comportamiento adaptativo (ABS, por sus siglas en inglés) para menores de 21 años diagnosticados con trastorno del espectro autista
- Cuidado durante una hospitalización
- Salud del comportamiento basada en la comunidad
- Línea de crisis de salud del comportamiento
- Servicios en caso de crisis
- Tratamiento de día en el hospital
- Programas intensivos para pacientes ambulatorios
- Tratamiento asistido por medicamento
- Servicios para pacientes ambulatorios: terapia de administración de medicamentos y consejería
- Rehabilitación residencial
- Telesalud

Línea de crisis de salud del comportamiento

Si usted, su hijo o alguien que conoce necesita ayuda de inmediato, llame a la línea directa de CARES al **800-345-9049**.

Llame si le preocupa la seguridad de alguien o si puede necesitar cuidado en un hospital por necesidades de salud mental.

La línea directa de CARES está abierta **las 24 horas del día, los 7 días de la semana, todo el año**. Puede llamar si tiene Medicaid o no.

Cuando llame, un trabajador de CARES hablará con usted sobre lo que está sucediendo. Le harán preguntas para ver qué tipo de ayuda se necesita.

Si la persona puede obtener ayuda móvil en caso de crisis, CARES enviará a un trabajador de crisis al lugar donde se encuentre la persona. El trabajador estará allí dentro en un plazo de 2 horas.

Pathways to Success

Pathways to Success (Caminos hacia el éxito) es un programa para los niños y adultos jóvenes en Illinois que:

- Tienen Medicaid
- Son menores de 21 años
- Tienen problemas graves de conducta o salud mental
- Necesitan ayuda adicional en el hogar, en la escuela o en la comunidad

El programa ayuda a las familias a obtener más apoyo y servicios. Puede ayudar a planificar el cuidado y a conectar a las familias con la ayuda adecuada.

Se utiliza una herramienta especial para encontrar niños y adultos jóvenes que puedan ser ayudados por este programa. Esta herramienta analiza las necesidades del niño y ayuda a decidir si el programa puede ser una buena opción.

Puede obtener más información llamando a Servicios para afiliados al **800-787-3311 (TTY: 711)**.

Evaluación de detección de riesgos para la salud

Cada año, completará una Evaluación de detección de riesgos para la salud, también llamada HRSA (por sus siglas en inglés). La HRSA hace preguntas sobre su salud y hábitos diarios. Nos ayuda a aprender:

- Qué necesidades de salud pueda tener.
- Si tiene riesgos para la salud.
- Si es posible que necesite ayuda adicional de un coordinador de atención médica.

Para completar su HRSA:

- Descargue la aplicación Go365, cree una cuenta y complete la encuesta.
- Llame a Servicios para afiliados al **800-787-3311 (TTY: 711)**.
- Cree una cuenta MyHumana y complétela en línea.

Coordinación de cuidado

Su HRSA nos informará si necesita un coordinador de cuidado. Un coordinador de cuidado es como un asesor de cuidado de salud. Pueden ayudarle a llevar un registro de su cuidado y a utilizar sus beneficios. Si reúne los requisitos, se le asignará un coordinador de cuidado. Su coordinador de cuidado puede:

- Reunirse con usted en persona o por teléfono.
- Escuchar sus preguntas o inquietudes.
- Ayudarle a obtener cuidado y servicios.

- Ayudar a detectar problemas de salud a tiempo.
- Ayudar a programar los cuidados con su médico.
- Ayudarle a usted, a su familia o a su cuidador a comprender sus necesidades de salud, medicamentos y tratamientos.

Ofrecemos diferentes programas de gestión que se adaptan a sus necesidades.

Transición del cuidado

Le ayudamos a trasladarse de forma segura de un entorno de cuidado a otro. Esto puede suceder cuando se vaya:

- De un hospital.
- De un centro de enfermería especializada.
- De otro entorno de cuidado.

Podemos ayudarle a:

- Comprender las instrucciones de alta.
- Programar visitas de seguimiento.
- Obtener los medicamentos que haya pedido.
- Obtener los servicios recetados por sus médicos.

Administración de casos complejos

En Humana Healthy Horizons, sabemos que hacer un seguimiento de su salud puede ser difícil. Es por eso que ofrecemos un programa especial de Administración de casos complejos para afiliados con enfermedades complicadas.

Si usted:

- Tiene una condición médica crónica,
- Acude mucho a la sala de emergencias,
- Ha estado en el hospital recientemente,
- Consulta a su médico o a muchos médicos diferentes con frecuencia,
- Lucha por mantenerse al día con su salud y para encontrar el cuidado adecuado,

Podemos hacer lo siguiente:

- Ayudarle a controlar mejor su afección de salud y cuidarse a sí mismo.
- Establecer objetivos de salud con usted.
- Ayudarle a encontrar un médico y a programar citas.
- Ponerlo en contacto con recursos locales para apoyar su salud y bienestar generales.

Cómo funciona:

1. Se le asignará un coordinador de cuidado de salud personal.
2. Su coordinador de cuidado de salud lo llamará para saber más sobre usted. Es posible que le pregunten sobre su historial de salud, sus necesidades y sus objetivos.
3. Trabajará con usted y su médico para establecer un plan médico solo para usted.
4. Su coordinador de cuidado de salud se mantendrá en contacto y le ayudará a alcanzar sus metas.

El programa de administración de casos es opcional. Para obtener más información sobre el Programa de administración de casos complejos, referirse a sí mismo u optar por no participar en el Programa de administración de casos complejos, llame a Servicios para afiliados al **800-787-3311 (TTY: 711)**. También puede visitar **https://es-www.humana.com/IllinoisMedicaid**

Manejo de enfermedades: Creamos programas para ayudar a nuestros afiliados que tienen una o más afecciones crónicas. Estas afecciones incluyen:

- Asma
- Trastorno bipolar
- Trastorno pulmonar obstructivo crónico (COPD, por sus siglas en inglés)
- Diabetes
- Enfermedad cardíaca
- VIH/SIDA
- Hipertensión
- Esquizofrenia

Para nuestros afiliados en uno o más programas de manejo de enfermedades, podemos hacer lo siguiente:

- Darle consejos sobre opciones de estilo de vida saludables
- Darle consejos sobre cómo cuidarse
- Ayudarle a aprender a controlar los síntomas

Llame a nuestro Servicios para afiliados al **800-787-3311 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, para:

- Obtener más información sobre nuestros programas de manejo de enfermedades.
- Referirse a cualquiera de nuestros programas de manejo de enfermedades.

También puede ir a **es-www.humana.com/Medicaid** para obtener más información.

Programa de restricción de afiliados. Humana Healthy Horizons in Illinois (HCI), en asociación con el HFS, tiene un programa de bloqueo de farmacia para los afiliados que califican. Este programa ayuda a los afiliados a trabajar con una farmacia para obtener sus medicamentos.

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

Como afiliado de Humana Healthy Horizons in Illinois (HCI), es posible que reciba servicios en un centro de enfermería o que califique para una exención de Medicaid para los servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés). Los LTSS brindan ayuda a personas que la necesitan para realizar tareas cotidianas como bañarse, vestirse, preparar alimentos y tomar medicamentos. La mayoría de estos servicios se brindan en el hogar o en la comunidad, pero se pueden suministrar también en un hogar para personas de la tercera edad. Para obtener más información sobre los servicios de LTSS, comuníquese con su coordinador de atención médica. Puede elegir de qué proveedor o agencia desea recibir sus servicios y apoyos a largo plazo. El coordinador de cuidado de Humana Healthy Horizons in Illinois (HCI) revisará junto con usted una lista de agencias aprobadas para prestar servicios en su área de servicio. Si tiene preguntas, puede llamarnos al **800-787-3311 (TTY: 711)**.

Servicios cubiertos

Queremos ayudarle a obtener el cuidado y los servicios que necesita. Primero, verificaremos si su plan cubre el servicio. Si está cubierto, nuestro personal de enfermería revisará su expediente médico y es posible que hable con su médico. Esto nos ayuda a decidir si el servicio es necesario para su salud.

A continuación, le ofrecemos una lista de los servicios cubiertos

Servicios médicos	Limitaciones de los beneficios de Humana
Profesional de enfermería registrado de práctica avanzada (APRN, por sus siglas en inglés)	• Profesional de enfermería anestesista registrado certificado (CRNA, por sus siglas en inglés) • Enfermera partera certificada (CNM, por sus siglas en inglés) • Profesional de enfermería certificado (CNP, por sus siglas en inglés) • Especialista en enfermería clínica (CNS, por sus siglas en inglés)
Servicios de rehabilitación para el consumo de alcohol y sustancias	Cubierto
Servicios de anestesia	Cubierto
Servicios de audiología	• Pruebas de audición básicas y avanzadas • Estado de rehabilitación y evaluación auditiva • Accesorios para audífonos, reemplazo de piezas y reparaciones

Servicios médicos	Limitaciones de los beneficios de Humana
Servicios para la salud del comportamiento	Incluidos, entre otros: • Servicios de clínicas comunitarias certificadas de salud del comportamiento (CCBHC, por sus siglas en inglés) • Servicios de administración de casos específicos (TCM, por sus siglas en inglés) • Rehabilitación de salud mental • Servicios de hospitalización para pacientes internados: psiquiátricos • Servicios psiquiátricos y de consejería
Servicios en centros de maternidad	• Servicios de entrega • Servicios de observación • Traslados de un centro de maternidad a un hospital debido a complicaciones que surgieron antes del parto
Servicios quiroprácticos	Limitado a la manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación de la columna vertebral
Servicios dentales	Incluye, entre otros: • Exámenes bucales: 1 cada 12 meses • Radiografías panorámicas y de mordida: 1 cada 12 meses • Limpieza profiláxica: 1 por año • Tratamiento de endodoncia: 1 por diente en toda la vida • Gingivectomía/gingivoplastia: 1 cada 24 meses por cuadrante • Alisado y raspado radicular: 1 cada 12 meses por cuadrante, 1 servicio de boca completa cada 24 meses • Desbridamiento de boca completa: 1 cada 6 meses • Dentaduras postizas completas: Cubierto cada 5 años • Cirugía oral y maxilofacial
Servicios de doula	• Apoyo en el trabajo de parto y el parto: 1 por embarazo, vaginal o cesárea • Consulta posparto: 2 visitas por parto • Consulta inicial del recién nacido dentro de las 2 semanas posteriores al parto: 1 visita por niño
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) y suministros	Cubierto

Servicios médicos	Limitaciones de los beneficios de Humana
Servicios de pruebas de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT)	Cubierto para afiliados menores de 21 años, incluidos, entre otros, los siguientes servicios: • Pruebas de detección médica periódicas • Pruebas de detección dentales, de la visión y de la audición • Vacunas • Tratamiento para el cuidado médico necesario
Servicios en casos de emergencia	Cubierto
Servicios de enfermedad renal en etapa terminal (ERSD, por sus siglas en inglés)	Cubierto
Servicios de planificación familiar	Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Antecedentes médicos y examen de salud reproductiva • Anticoncepción • Prueba de detección de cáncer de cuello uterino • Pruebas y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS)
Centros de salud calificados por el gobierno federal (FQHC, por sus siglas en inglés) y clínicas de salud rurales (RHC, por sus siglas en inglés)	Cubierto
Servicios de asesoramiento genético	Servicios de genética médica y asesoramiento genético (individual/familiar)
Servicios de laboratorio	Cubierto
Asesora de lactancia	Servicios de consulta de lactancia individual y/o grupal
Agencia de cuidado de salud en el hogar y servicios clínicos	• Servicios de enfermería especializada intermitente • Enfermería por turnos para afiliados menores de 21 años • Asistente de cuidado de salud en el hogar • Servicios de terapia: afiliados mayores de 21 años tienen un límite de 20 visitas por año • Equipo y suministros médicos
Servicios de hospicio	Cubierto
Inmunizaciones y vacunas	Cubierto
Servicios de hospital para pacientes internados	Los servicios generales y psiquiátricos están cubiertos

Servicios médicos	Limitaciones de los beneficios de Humana
Transporte médico que no es de emergencia (NEMT, por sus siglas en inglés)	Transporte médico de ida y vuelta a una fuente de cuidado médico
Servicios de centros de enfermería	Cubierto durante los primeros 90 días
Servicios de hospital para pacientes ambulatorios	Los servicios generales y psiquiátricos están cubiertos
Servicios de radiología y medicina nuclear	Incluidos, entre otros: Radiografías, radioterapia, ecografías, tomografías computarizadas (TC) e imágenes por resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés)
Servicios de farmacia	Incluidos, entre otros: • Medicamentos para terapia de mantenimiento: Cubierto para un suministro de 1 mes o 90 días • Control de la natalidad y anticoncepción de emergencia • Medicamentos de marca: 3 medicamentos cubiertos en un periodo de 30 días, excepto para ciertas categorías de medicamentos
Servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla	Evaluaciones y tratamientos médicamente necesarios
Servicios de un médico	Cubierto
Servicios preventivos de salud	Incluye, pero se limita a: • Consulta médica preventiva: 1 por año • Vacunas • Pruebas de detección de cáncer • Procedimientos y pruebas diagnósticas
Servicios de podiatría	Servicios cubiertos cuando sean médicamente necesarios. Se cubre 1 consulta inicial para determinar si se requiere cuidado de los pies
Servicios para el embarazo	• Cuidado prenatal • Consultas por complicaciones médicas del embarazo • Entrega • Consulta posparto: 1 por embarazo
Dejar el tabaco	La cobertura se limita a niños menores de 21 años y mujeres embarazadas o dentro del periodo de 60 días de posparto

Servicios médicos	Limitaciones de los beneficios de Humana
Telesalud	Cubierto
Servicios para la vista	Incluidos, entre otros: • Exámenes de la vista: 1 por año, el límite se puede exceder con necesidad médica • Anteojos: Los afiliados mayores de 21 años están limitados a 1 par en un período de 2 años • Dispositivos para la visión baja • Servicios quirúrgicos

Servicios cubiertos en el hogar y en la comunidad

Humana tiene cinco programas de exención de Servicios en el hogar y en la comunidad (HCBS) para personas que califican a través del Departamento de Cuidado de Salud y Servicios para Familias de Illinois.

Estos programas ayudan a las personas a permanecer en su propio hogar o vivir en un entorno comunitario en lugar de mudarse a un hogar para personas de la tercera edad u otro centro.

Los servicios de la exención HCBS se ofrecen además de sus beneficios médicos y de salud del comportamiento.

Humana no decide si usted califica para los servicios de HCBS. El estado de Illinois toma esa decisión utilizando la evaluación de la Determinación de Necesidad (DON, por sus siglas en inglés).

Aquí hay una lista de los servicios del Programa de exención de HCBS:

Programa de exención de HCBS	Servicios	El proveedor debe obtener una autorización previa
Departamento de Asuntos sobre la Vejez (DOA, por sus siglas en inglés) Personas de edad avanzada	• Servicio de atención diurna para adultos • Transporte de servicio de atención diurna para adultos • Dispensador automático de medicamentos • Asistencia con tareas domésticas • Sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS, por sus siglas en inglés)	Es posible que necesite una autorización previa de nuestra parte antes de recibir los servicios cubiertos

Programa de exención de HCBS	Servicios	El proveedor debe obtener una autorización previa
División de Servicios de Rehabilitación (DRS, por sus siglas en inglés) Personas con discapacidades, VIH/SIDA	• Servicio de atención diurna para adultos • Transporte de servicio de atención diurna para adultos • Adaptaciones de accesibilidad del entorno: vivienda • Comidas entregadas a domicilio • Asistente de cuidado de salud en el hogar • Asistencia con tareas domésticas • Proveedor individual • Cuidado de enfermería intermitente • Cuidado de enfermería especializada (enfermero registrado [RN, por sus siglas en inglés], y enfermero práctico con licencia [LPN, por sus siglas en inglés]) • Terapia ocupacional • PERS • Fisioterapia • Relevo • Equipo y suministros médicos especializados • Terapia del habla	Es posible que necesite una autorización previa de nuestra parte antes de recibir los servicios cubiertos

Programa de exención de HCBS	Servicios	El proveedor debe obtener una autorización previa
División de Servicios de Rehabilitación (DRS) Personas con lesión cerebral	• Servicio de atención diurna para adultos • Transporte de servicio de atención diurna para adultos • Servicios del comportamiento (M.A. y Ph.D.) • Adaptaciones de accesibilidad del entorno: vivienda • Habilitación: día • Comidas entregadas a domicilio • Asistente de cuidado de salud en el hogar • Asistencia con tareas domésticas • Proveedor individual • Cuidado de enfermería intermitente • Cuidado de enfermería especializada (enfermero registrado [RN, por sus siglas en inglés], y enfermero práctico con licencia [LPN, por sus siglas en inglés]) • Terapia ocupacional • PERS • Fisioterapia • Servicios prevocacionales • Relevo • Equipo y suministros médicos especializados • Terapia del habla • Empleo asistido	Es posible que necesite una autorización previa de nuestra parte antes de recibir los servicios cubiertos

Programa de exención de HCBS	Servicios	El proveedor debe obtener una autorización previa
Programa de apoyo para vivienda asistida del Departamento de Asistencia Sanitaria y Servicios Familiares de Illinois (HFS)	• Vivienda asistida	Es posible que necesite una autorización previa de nuestra parte antes de recibir los servicios cubiertos

Servicios cubiertos limitados

- Humana puede brindar servicios de esterilización solo según lo permitan las leyes estatales y federales.
- Si Humana ofrece una histerectomía, Humana deberá completar un formulario HFS 1977 y presentar el formulario completado en el expediente médico de la afiliada.

Servicios no cubiertos

- Servicios de ambulancia terrestre que no son de emergencia
- Servicios de naturaleza experimental o de investigación
- Servicios prestados por un proveedor fuera de la red y no autorizados por Humana
- Servicios o artículos proporcionados con el propósito de causar, o con el propósito de ayudar a causar, la muerte de un afiliado, como suicidio asistido, eutanasia o homicidio por piedad
- Servicios que se prestan sin el referido o la autorización previa requeridos
- Cirugía estética electiva
- Cuidado de la infertilidad, como reversiones de esterilización y tratamientos de fertilidad, como inseminación artificial o fertilización in vitro
- Cualquier servicio que no sea médicamente necesario
- Servicios que se prestan en un centro estatal operado como hospital psiquiátrico como resultado de un compromiso forense
- Servicios prestados a través de las Agencias Locales de Educación (LEA, por sus siglas en inglés)
- Medicamentos para bajar de peso o ayudas dietéticas
- Odontología cosmética
- Blanqueamiento dental
- Implantes dentales
- Seguro de lentes de contacto
- Ayudas para la baja visión
- Corrección de la visión con láser
- Blue Cross Community Health Plans (BCCHP) no cubre el cannabis. El cannabis proviene de la planta de cannabis. Tiene delta-9-tetrahidrocannabinol (THC) como ingrediente activo. El cannabis puede llamarse marihuana. BCCHP no cubre el cannabis en ninguna forma. Esto incluye:
  - Semillas de plantas
  - Resina extraída
  - Sal u otro derivado
  - Cualquier mezcla o preparación de compuestos derivados del cannabis

Humana no niega la cobertura por servicios o beneficios por objeciones morales o religiosas

Si no está seguro de si un servicio está cubierto, comuníquese con Servicios para afiliados al **800-787-3311 (TTY: 711)**.

Autorización previa

Algunos servicios necesitan la aprobación previa de Humana antes de recibirlos. A esto se le conoce como autorización previa. Esto ayuda a asegurarse de que el servicio esté cubierto y sea necesario para su salud:

Un servicio es médicamente necesario si brinda ayuda para lo siguiente:

- Salvar su vida
- Evitar que se enferme gravemente o quede incapacitado
- Descubrir qué es lo que está mal
- Tratar una enfermedad, lesión o condición
- Ayudarle a realizar actividades diarias como comer, vestirse y bañarse

No pagaremos por servicios de un proveedor que no sea parte de la red de Illinois. Debe obtener una autorización previa de nuestra parte antes de recibir los servicios.

Puede solicitar una autorización previa para un servicio de las siguientes maneras:

- Completando el formulario de autorización previa que se encuentra en **es-www.humana.com/IllinoisDocuments** y enviarlo por correo a:

  P.O. Box 14822
  Lexington, KY 40512-4822

- Llamando a servicios para afiliados al **800-787-3311 (TTY: 711)**
- Comunicándose con su Coordinador de cuidado de salud, si tiene uno.

Se requiere autorización previa para todo el cuidado fuera de la red y fuera del estado que no esté relacionado con servicios de emergencia o posteriores a la estabilización.

Recuerde que estos servicios no requieren aprobación previa:

- Servicios en casos de emergencia
- Servicios posteriores a la estabilización
- Admisión de hospital para pacientes internados que no son de emergencia para partos normales de recién nacidos
- Servicios de prueba de detección de EPSDT

Podemos realizar una revisión posterior al servicio después de que se haya prestado un servicio. Esto significa que podemos solicitar expedientes médicos y revisar reclamaciones para asegurarnos de que:

- Siguen nuestras normas médicas.

- Siguen nuestras reglas de pago y codificación.
- El monto del pago es correcto.

Quejas formales y apelaciones

Esperamos que esté satisfecho con el servicio que recibe. Si no está conforme con algo relacionado con su cuidado o servicio, comuníquese con nosotros. Usted tiene derecho a presentar quejas formales y apelaciones.

Una queja formal y una apelación no son lo mismo:

- Una queja formal es una queja sobre otra cosa. Por ejemplo, es posible que no esté satisfecho con Humana, con un proveedor o con el servicio que recibe.
- Una apelación es cuando usted le solicita a Humana que revise una decisión que tomamos de denegar un beneficio o servicio.

Puede utilizar el proceso de quejas formales o apelaciones según el problema que tenga. Durante una apelación o audiencia imparcial estatal, puede solicitar copias de los documentos relacionados con su caso. Estas copias son gratuitas. Para solicitarlas, llame a Servicios para afiliados al **800-787-3311 (TTY: 711).**

Quejas formales

Si no está conforme con Humana o con uno de nuestros proveedores, tiene derecho a presentar una queja formal. Puede presentar una queja formal en cualquier momento.

Puede presentar una queja formal de las siguientes maneras

- Llamando a Servicios para afiliados.
- Enviando una solicitud en línea.
- Enviando su queja formal por fax al **888-599-2730**.
- Enviando su formulario o carta a la siguiente dirección:

  Humana Healthy Horizons in Illinois (HCI)
  Attn: Grievance and Appeals department
  P.O. Box 14163
  Lexington, KY 40512-4163
- Si escribe una carta, incluya:
  - Su nombre y apellido
  - Su número de afiliado en la parte delantera de su tarjeta de identificación de Humana
  - Su dirección
  - Su número de teléfono
  - Cualquier información que ayude a explicar el problema

- Otras personas también pueden ayudarle a presentar una queja formal, como por ejemplo:
  - Alguien que usted elija para que le ayude, siempre que usted lo autorice por escrito
  - Su tutor legal
  - Un proveedor que usted elija para que le ayude, siempre que usted lo autorice por escrito
  - Un intérprete

Qué sucede a continuación

Le enviaremos una carta dentro de las 48 horas posteriores a la recepción de su queja formal. En esta carta le informaremos que recibimos su queja formal. Le enviaremos una carta con nuestra decisión en un plazo de 90 días calendario.

No recibirá un trato injusto

Humana no tomará medidas negativas contra:

- Un afiliado que presenta una queja formal.
- Un proveedor que respalda la queja formal de un afiliado.
- Un proveedor que presenta una queja formal en nombre de un afiliado, si el afiliado dio permiso por escrito.

Apelaciones

Si está disconforme con una denegación de beneficios o una medida que tomamos, usted o su representante autorizado pueden presentar una apelación. Debe presentar su apelación en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha en la carta de denegación que se llama Aviso de determinación de beneficios adversos.

Para presentar una apelación, puede hacer lo siguiente:

- Llamar a Servicios para afiliados.
- Enviar una solicitud en línea.
- Enviar su apelación por fax.
- Enviar su formulario o carta por correo a la siguiente dirección

  Humana Healthy Horizons in Illinois (HCI)
  Attn: Grievance and Appeals department
  P.O. Box 14163
  Lexington, KY 40512-4163
- Si envía una carta, incluya:
  - Su nombre y apellido,
  - Su número de afiliado que figura en la parte frontal de su tarjeta de identificación de Humana,
  - Su dirección
  - Su número de teléfono,

- Cualquier información que ayude a explicar el problema.

Qué sucede después de presentar una apelación

Le enviaremos una carta dentro de las 48 horas para informarle que hemos recibido su apelación. Después de que revisemos su apelación, le enviaremos una carta dentro de los 15 días hábiles con nuestra decisión.

Sus derechos durante la apelación

Usted o su representante autorizado puede:

- Ver la información utilizada para tomar la decisión.
- Enviarnos más información durante la apelación.
- Revisar su expediente del caso antes y durante la apelación. Se lo daremos sin costo alguno. Su expediente del caso puede incluir:
  - Expediente médico,
  - Otros documentos y registros,
  - Nueva información utilizada para su apelación.

Apelaciones aceleradas

Si cree que esperar podría dañar seriamente su salud, puede solicitar una apelación más rápida. Esto también se denomina apelación acelerada. Es posible que califique para una apelación acelerada si una demora podría perjudicar gravemente su:

- Vida
- Salud
- Capacidad para mejorar o seguir funcionando lo mejor posible

Si su apelación califica, tomaremos una decisión dentro de las 24 horas o antes si su salud lo necesita.

Si su solicitud no califica, la revisaremos como una apelación estándar dentro de los 15 días hábiles. Si esto sucede, nosotros:

- Intentaremos informarle de inmediato por teléfono.
- Le enviaremos una notificación por escrito en un plazo de 2 días calendario.

Si necesitamos más tiempo

A veces, es posible que necesitemos más tiempo para revisar su apelación. Si eso sucede, podemos extender el tiempo hasta por 14 días calendario;

Si necesitamos más tiempo, haremos lo siguiente:

- Intentaremos informarle de inmediato por teléfono.
- Le enviaremos una notificación por escrito en un plazo de 2 días calendario.

- Explicaremos por qué el tiempo adicional es lo mejor para usted.
- Le informaremos si necesitamos más información.
- Tomaremos una decisión a más tardar 14 días después de haber solicitado más información.
- Le informaremos que puede presentar una queja formal si no está de acuerdo con la demora.

Envío de más información

Puede enviarnos más información para respaldar su apelación. Esto puede incluir lo siguiente:

- Expediente médico,
- Una nota de su proveedor,
- Otra información que respalde su apelación.

Puede enviarnos más información:

- Por teléfono,
- En persona,
- Por escrito.

Puede enviar esta información con su apelación o en cualquier momento durante el proceso de apelación.

Para una apelación estándar, debemos recibir la información dentro de los 15 días hábiles posteriores a la recepción de su apelación.

Para una apelación acelerada, debemos recibir la información dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su apelación.

No recibirá un trato injusto

Humana no tomará medidas negativas contra:

- Un afiliado que presenta una queja formal.
- Un proveedor que respalda la queja formal de un afiliado.
- Un proveedor que presenta una queja formal en nombre de un afiliado, si el afiliado dio permiso por escrito.

Continuación de los beneficios durante el proceso de apelación

En algunos casos, puede solicitar seguir recibiendo sus servicios mientras se revisa su apelación o la audiencia imparcial de Medicaid. Puede solicitar mantener sus servicios si se cumplen todas estas condiciones:

- Ya está recibiendo los servicios que se están reduciendo, deteniendo o pausando.
- Los servicios deben haber sido solicitados por un proveedor aprobado.
- La aprobación original de los servicios aún no ha finalizado.

Debe solicitar mantener sus servicios en un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha de su carta de Aviso de determinación adversa de beneficios.

También puede preguntar en la fecha en que le dijimos que sus servicios se reducirían, interrumpirían o pausarían o antes de esa fecha.

Si se aprueba su solicitud de continuidad de beneficios

Si se aprueba su solicitud, sus servicios continuarán hasta que ocurra una de estas cosas:

- Finalice el periodo de aprobación original de sus servicios.
- Usted cancele su apelación.
- No solicite una apelación o una audiencia imparcial de Medicaid con beneficios continuos dentro de los 10 días calendario posteriores a la fecha de la carta de decisión de Humana Healthy Horizons in Illinois (HCI).
- Un juez en la audiencia imparcial de Medicaid tome una decisión que no es a su favor.

Si se deniega su apelación

- Si el juez está de acuerdo con la decisión de Humana de denegar el servicio. Es posible que usted tenga que pagar por los servicios que haya recibido durante la apelación o la audiencia.
- Puede solicitar una audiencia imparcial estatal de Medicaid si su apelación es denegada.
    - Si solicita la audiencia y solicita servicios continuos dentro de los 10 días calendario posteriores a la fecha de la carta de decisión de apelación, sus servicios pueden continuar durante el proceso de audiencia imparcial de Medicaid.

Audiencias imparciales estatales de Medicaid

Tiene el derecho de solicitar una audiencia imparcial estatal de Medicaid después de terminar el proceso de apelación de Humana. También puede solicitar una audiencia si Humana no le da una decisión sobre la apelación a tiempo:

- Dentro de los 30 días calendario para una apelación estándar
- En un plazo de 72 horas para una apelación acelerada

Usted, su representante autorizado o un proveedor con su permiso por escrito puede solicitar una audiencia. Debe solicitar la audiencia dentro de los 120 días posteriores a la fecha de su carta de apelación.

Cómo solicitar una audiencia imparcial estatal

Puede solicitar una audiencia relacionada con sus servicios o artículos médicos, o el servicio del Programa de Cuidado Comunitario (CC) de la Exención para Personas Mayores de la siguiente manera:

- Teléfono: **855-418-4421 TTY: 800-526-5812**
- Fax: **(312) 793-2005**
- Correo electrónico: **HFS.FairHearings@illinois.gov**
- En línea: **https://abe.illinois.gov/access/appeals**
- Por correo postal:

  Illinois Department of Healthcare and Family Services Bureau of Administrative Hearings
  69 W. Washington Street, 4th floor
  Chicago, IL 60602

Puede solicitar una audiencia relacionada con servicios o artículos de salud mental, servicios por farmacodependencia, servicios de exención para personas con discapacidades, servicios de exención por lesión cerebral traumática, servicios de exención de VIH/SIDA o cualquier servicio del Programa de Servicios en el Hogar (HSP, por sus siglas en inglés) de las siguientes maneras:

- Teléfono: **800-435-0774 TTY: 877-734-7429**
- Correo electrónico: **DHS.BAH@illinois.gov**
- En línea: **https://abe.illinois.gov/abe/access/appeals**
- Por correo postal:

  Illinois Department of Human Service Bureau of Hearings
  69 W. Washington Street, 9th floor
  Chicago, IL 60602

¿Quién se encargará de la audiencia?

Su audiencia será dirigida por un oficial de audiencias imparcial que está aprobado para llevar a cabo audiencias imparciales estatales. Esta persona es neutral. Eso significa que el consultorio de la audiencia no trabaja para usted ni para Humana al momento de tomar la decisión de la audiencia.

¿Qué sucede después de solicitar una audiencia imparcial estatal?

Después de solicitar una audiencia, la oficina de audiencias le enviará una carta.

En esta carta se le indicará lo siguiente:

- La fecha de la audiencia.
- La hora de la audiencia.
- El lugar de la audiencia, si es en persona.
- Otros detalles importantes sobre el proceso de audiencia.

Lea con atención esta carta. Le explicará qué hacer a continuación. Su audiencia puede llevarse a cabo:

- En persona
- Por teléfono
    - Si la audiencia es por teléfono, asegúrese de proporcionar el mejor número de teléfono para comunicarse con usted durante el horario comercial.
    - La audiencia puede ser grabada.
- De otra forma aprobada

Si necesita ayuda o apoyo especial

Si necesita ayuda especial para la audiencia, informe a la oficina de la audiencia lo antes posible. Esto puede incluir ayuda como:

- Ayuda en otros idiomas.
- Servicios de intérprete
- Ayuda para una discapacidad auditiva o visual.
- Otras ayudas según sea necesario.

También puede pedirle a alguien que le ayude a representarse en la audiencia. Esta persona puede ser:

- Un amigo.
- Un familiar.
- Un abogado.
- Otra persona que elija.

Debe dar permiso por escrito para que esa persona lo represente, a menos que esa persona sea su tutor legal o esté autorizada por la ley de otro modo.

Prepárese para la audiencia

Antes de la audiencia, ambas partes pueden enviar información para respaldar su caso. Debe recibir las pruebas de Humana al menos 3 días hábiles antes de la audiencia. Esta es la información que los planes de Humana utilizarán en la audiencia. También se enviará una copia al oficial de audiencias. También debe enviar su información al menos 3 días hábiles antes de la audiencia a:

- El oficial de audiencias.
- Humana (si es necesario).

Esto puede incluir lo siguiente:

- Expediente médico.
- Cartas de su proveedor.

- Otros documentos que respalden su caso.
- Una lista de testigos que hablarán en su nombre.

Es importante que envíe toda su información a tiempo para que pueda revisarse antes de la audiencia.

Sus derechos durante el proceso de audiencia

Durante el proceso de audiencia imparcial estatal, usted puede:

- Explicar por qué no está de acuerdo con la decisión.
- Enviar más información.
- Revisar la información utilizada en su caso.
- Pedirle a alguien que lo represente.
- Hacer preguntas sobre el proceso de audiencia.

Si necesita copias de los registros relacionados con su caso, solicítelas lo antes posible.

Si solicita una audiencia imparcial estatal de Medicaid y desea que sus beneficios o servicios de Humana continúen durante el proceso de audiencia, debe solicitarla a Humana dentro de los 10 días calendario posteriores a la fecha de nuestra carta de decisión de apelación.

Es posible que sus beneficios continúen hasta que ocurra una de estas situaciones:

- Finalice el período de aprobación original.
- Usted cancele su solicitud de apelación o audiencia.
- Se tome una decisión final en la audiencia que no es a su favor.
- No solicite la continuidad de los beneficios a tiempo.

Si la decisión final está de acuerdo con Humana, es posible que tenga que pagar por los servicios que recibió mientras sus beneficios continuaron.

Cuándo recibirá una decisión

Por lo general, recibirá una decisión en un plazo de 90 días.

Si la decisión dice que Humana debe cubrir el servicio, lo aprobaremos tan pronto como su salud lo necesite, pero a más tardar 72 horas después de recibir la decisión.

La Oficina de Audiencias le enviará la decisión final en una carta. También puede verla en línea a través de su cuenta de apelaciones de ABE.

Si siguió recibiendo servicios durante la audiencia y la decisión final está de acuerdo con Humana, es posible que tenga que pagar por esos servicios.

Revisión externa

Dentro de los 30 días calendario posteriores a la fecha del aviso de decisión de apelación de Humana, puede solicitar una revisión por parte de alguien que no pertenezca a Humana. Esto se conoce como “revisión externa”. El revisor externo debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser proveedor certificado por una junta profesional con la misma especialidad o una similar a la de su proveedor tratante.
- Ejercer actualmente.
- No tener ningún interés financiero en la decisión.
- No conocer la identidad de usted ni conocerla durante la revisión.

La revisión externa no está disponible para apelaciones relacionadas con servicios recibidos a través de lo siguiente:

- La exención para personas de edad avanzada.
- La exención para personas con discapacidades.
- La exención por lesión cerebral traumática.
- La exención por VIH/SIDA.
- El programa de servicios en el hogar.

Su carta debe solicitar una revisión externa y puede enviarse completando el formulario y enviando su solicitud por escrito a la siguiente dirección:

Department of Insurance, Office of Consumer Health Information
4800 Wabash Avenue
Springfield, Illinois 62711
Correo electrónico: **DOI.externalreview@illinois.gov**
En línea: **https://idoihelpcenter.illinois.gov/s/**

Qué sucede a continuación

- Revisaremos su solicitud para ver si cumple con los requisitos para una revisión externa. Tenemos cinco días hábiles para hacerlo. Le enviaremos una carta en la que le informaremos si su solicitud cumple con estos requisitos.
- Tiene cinco días hábiles a partir de la carta que le enviamos para enviar cualquier información adicional sobre su solicitud al revisor externo.

El revisor externo les enviará a usted y/o a su representante y a Humana una carta con su decisión en un plazo de cinco días calendario después de haber recibido toda la información que necesitan para completar la revisión.

Revisión externa acelerada

Si el plazo normal para una revisión externa pudiera poner en peligro su vida o su salud, usted y/o su representante autorizado pueden solicitar una revisión externa acelerada. Puede hacerlo por teléfono o por escrito.

Para solicitar una revisión externa acelerada:

- Llame a Servicios para afiliados al **877-850-4740 (línea gratuita) / 866-323-5321 (TDD/TTY).**
- Solicítela por escrito. Solo puede solicitar una vez una revisión externa sobre una acción específica. Envíe su carta a:

  Department of Insurance, Office of Consumer Health Information

  4800 Wabash Avenue

  Springfield, Illinois 62711

  Correo electrónico: **DOI.externalreview@illinois.gov**

  En línea: **https://idoihelpcenter.illinois.gov/s/**

Qué sucede a continuación

- Una vez que recibamos una llamada telefónica o una carta en la que se solicite una revisión externa acelerada, revisaremos inmediatamente su solicitud para ver si califica para una revisión externa acelerada. Si es así, nos pondremos en contacto con usted o con su representante.
- También enviaremos la información necesaria al revisor externo para que pueda comenzar su revisión. Tan pronto como su afección médica lo requiera, pero no más de dos días hábiles después de recibir toda la información necesaria, el revisor externo tomará una decisión sobre su solicitud.
- Le informarán verbalmente a usted y/o a su representante cuál es su decisión.
- También enviarán una carta con la decisión a usted y/o a su representante autorizado en un plazo de 48 horas.

Control de la utilización

No recompensamos a los proveedores ni a nuestros propios asociados por negar la cobertura o servicios. No ofrecemos recompensas financieras a nuestros asociados que afecten sus decisiones. No denegamos o limitamos la cantidad, el plazo o el alcance de los servicios solo en virtud del diagnóstico o el tipo de enfermedad o afección de salud. Los incentivos económicos a personas responsables de tomar decisiones no promueven las decisiones que resultan en el desaprovechamiento de servicios.

Derechos y responsabilidades

Derechos de los afiliados

Como afiliado al plan de Humana, usted tiene:

- El derecho de ejercer los derechos del afiliado y de que el ejercicio de esos derechos no afecte negativamente la forma en que se trata al afiliado.
- El derecho de recibir información sobre la organización, sus servicios, sus profesionales médicos y proveedores, y los derechos y responsabilidades de los afiliados.
- El derecho de ser tratado con respeto y reconocimiento de su dignidad y su derecho a la privacidad.
- El derecho de estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión utilizada como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- El derecho de participar con los profesionales médicos en la toma de decisiones sobre su cuidado de salud.
- El derecho a una conversación sincera sobre las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias para sus afecciones, independientemente del costo o la cobertura de beneficios.
- El derecho de expresar quejas o apelaciones sobre la organización o el cuidado que brinda.
- El derecho de hacer recomendaciones con respecto a la política de derechos y responsabilidades de los afiliados a la organización.
- El derecho de rechazar el tratamiento
- La responsabilidad de suministrar (en la medida de lo posible) la información que la organización y sus profesionales médicos y proveedores necesitan para brindar cuidado.
- La responsabilidad de seguir los planes e instrucciones de cuidado que han acordado con sus profesionales médicos.
- La responsabilidad de comprender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de objetivos de tratamiento mutuamente acordados, en la medida de lo posible.

Derechos del afiliado e información personal

Usted tiene derecho a tomar las siguientes medidas relacionadas con su información protegida:

- Solicitar un informe de las divulgaciones de información de salud protegida por razones ajenas al pago y a las operaciones del plan médico.
- Recibir un formulario de autorización para cualquier uso propuesto de su información médica protegida fuera de los pagos de rutina y las operaciones del plan médico.
- Solicitar una forma alternativa de comunicación de información de salud protegida si la divulgación de una parte o la totalidad de la información podría poner en peligro la vida o la salud.
- Presentar una queja sobre una presunta violación de la privacidad.

- Aceptar u objetar la intención de Humana de divulgar su información protegida fuera de las operaciones de pago o del plan médico.
- Solicitar una enmienda o corrección de su información protegida a un registro designado creado por Humana.
- Solicitar acceso para inspeccionar y copiar información.
- Solicitar a Humana que restrinja el uso y la divulgación de su información protegida y mantener el derecho de cancelar la solicitud de restricción.

Desafiliación

Puede probarnos durante 90 días. Puede abandonar Humana e inscribirse en otro plan de salud en cualquier momento durante los primeros 90 días después de comenzar a recibir beneficios del plan de salud. Usted no está obligado a justificar el cambio de planes.

También puede cambiar de plan una vez cada 12 meses. Este cambio ocurre durante la inscripción abierta.

Si quiere abandonar Humana en cualquier otro momento, puede hacerlo solamente si tiene un buen motivo (un motivo válido). Algunos ejemplos de motivos válidos son los siguientes:

- Se muda fuera del área de servicio.
- El plan no cubre el servicio que el afiliado solicita debido a objeciones morales o religiosas.
- El PCP de los afiliados ya no está en la red de proveedores contratados.

Si tiene un motivo válido para desafiliarse de Humana, usted debe presentar su solicitud utilizando el proceso de queja formal. Revisaremos la solicitud en un plazo de 10 días contados a partir de la fecha que presentó la queja formal. Si no está satisfecho con la decisión de desafiliación, remitiremos la solicitud a Servicios de afiliación de clientes para que tomen la decisión final. Humana Healthy Horizons in Illinois (HCI) no niega la cobertura para servicios o beneficios por objeciones morales o religiosas.

Podría dejar de ser elegible

Es posible que tenga que salirse de Humana si usted:

- Ya no es elegible para Medicaid.
  - Si deja de ser elegible para Medicaid, es posible que se interrumpan todos los servicios de inmediato.
- Empieza a recibir Medicare.
- Hace la transición a un grupo de elegibilidad que no participa en Illinois Health Choice (HCI).
- Se convierte en un menor bajo cuidado de crianza temporal bajo custodia estatal.
- Ingresa en un centro de menores del sistema judicial bajo la custodia del estado.
- Se convierte en interno de una institución pública.
- Comete fraude o proporciona información fraudulenta.

- Lo convoca un oficial de audiencias o un tribunal.

Le podemos pedir que deje humana

También puede perder su afiliación en Humana si usted:

- Abusa o daña a afiliados, proveedores o personal del plan.
- Se afilia por error.
- Tiene una afección médica compleja y hay otro plan de salud que puede satisfacer mejor sus necesidades.
- No completa los formularios con honestidad o no nos proporciona información veraz. Esto se considera fraude.

Instrucciones anticipadas

Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre su cuidado de salud. Una instrucción anticipada es un formulario legal que les informa a sus médicos, plan médico y seres queridos qué cuidado desea recibir si se enferma demasiado para tomar o compartir sus propias decisiones.

Las instrucciones anticipadas son opcionales. Puede hablar con su médico, familiar o alguien de confianza antes de completarlas.

En Illinois, hay 4 tipos de instrucciones anticipadas:

- **Poder legal para el cuidado de salud**: Le permite elegir a alguien para que tome sus decisiones de cuidado de salud si está demasiado enfermo para decidir por sí mismo. Puede imprimir uno desde el sitio web del Departamento de Salud Pública de Illinois (IDPH, por sus siglas en inglés): **https://bit.ly/idphpowerofattorneyhealthcareform**
- **Testamento**: Le indica a su médico y a otros proveedores qué tipo de cuidado desea si tiene una enfermedad terminal. “Enfermedad terminal” significa que su afección no mejorará.
- **Preferencia de salud mental**: Le permite decidir si desea recibir algunos tipos de tratamiento de salud mental que podrían ayudarlo.
- **Órdenes de no reanimar/órdenes del profesional médico para tratamientos de soporte vital (DNR/POLST, por sus siglas en inglés)**: Le dice a su familia, a sus médicos y a otros proveedores lo que quiere hacer en caso de que su corazón o su respiración se detengan. También se puede utilizar para escribir sus deseos de tratamiento de soporte vital.

Tutela

¿Qué es un tutor legal?

- Un tutor legal es una persona adulta que elige un juzgado para ocuparse legalmente de otra persona.

¿Cuándo se elige un tutor legal?

- Un juzgado elegirá un tutor legal para una persona que ya no puede tomar decisiones seguras. Por lo general, esto se debe a incapacidad legal o mental. En determinadas situaciones, también se puede elegir un tutor legal para un menor de edad.

¿Quién puede ser tutor legal?

- Toda persona adulta puede procurar que se designe una tutela para otra persona. Habitualmente, un familiar solicita la tutela.

¿Quién designa al tutor legal?

- Solo un juzgado puede elegir un tutor. El juzgado que elige al tutor es el tribunal de su localidad. Esto podría diferir según el lugar donde usted reside. Si necesita información adicional, comuníquese con los servicios de Salud y Familia, el juzgado, un abogado o un servicio de ayuda para asuntos jurídicos de su localidad.

Si tiene dudas con respecto a la tutela, debe consultar a un profesional cualificado en asuntos legales. Esta información se brinda solo como reseña general y no pretende reemplazar el asesoramiento legal.

Fraude, malgasto y abuso

¿Qué son el fraude, malgasto y abuso?

Fraude se define generalmente como llevar a cabo, o intentar llevar a cabo, a sabiendas y de manera premeditada un plan o engaño para defraudar un programa de beneficios de cuidado de salud o para obtener (mediante falsos pretextos o pretextos, declaraciones o promesas fraudulentos) dinero o bienes que pertenecen o que custodia o controla un programa de beneficios de cuidado de salud. (18 U.S.C. § 1347)

Malgasto es la utilización excesiva de servicios u otras prácticas que, de manera directa o indirecta, resulta en costos innecesarios al sistema de cuidado de salud, incluidos los programas de Medicare y Medicaid. En términos generales, no se considera que son causados por actos delictivos de negligencia, sino por el uso indebido de recursos.

Abuso es pago por artículos o servicios cuando no existe ningún derecho legal a recibir ese pago y el proveedor de cuidado de salud no ha falseado los hechos de manera intencionada o deliberada para obtener el pago.

Cómo denunciar fraude, malgasto y abuso

Si sospecha de fraude, malgasto o abuso en el sistema de cuidado de salud, debe informarlo a Humana y lo investigaremos. Sus acciones pueden ayudar a mejorar el sistema de cuidado de salud y reducir los costos para nuestros afiliados, clientes y terceros.

Para informar sobre la sospecha de fraude, malgasto o abuso, puede comunicarse con Humana en una de estas formas:

- **Teléfono**: 800-614-4126

- **Fax:** 920-339-3613
- **Por correo electrónico: siureferrals@humana.com**
- **Correo postal**: Humana, Special Investigation Unit, 1100 Employers Blvd., Green Bay, WI 54344
- **Línea de ayuda de ética:** 877-5-THE-KEY (877-584-3539)
- **Sitio web de Presentación de informes de la Línea de ayuda de ética**: **www.ethicshelpline.com**

Tiene la opción de que su denuncia permanezca anónima. Toda información que reciba o descubra la Unidad de Investigaciones Especiales (SIU, por sus siglas en inglés) será tratada como confidencial, y los resultados de las investigaciones se tratarán únicamente con las personas que tengan un motivo legítimo para recibir la información (por ejemplo, las autoridades estatales y federales, el departamento de derecho corporativo de Humana, los directores médicos de mercado o la alta gerencia de Humana).

Otra opción es presentar en línea el Formulario de referido de investigaciones especiales, completando el formulario utilizando el enlace a continuación.

- **Formulario de referido de investigaciones**

Si usted es un proveedor médico, dental o de farmacia, y tiene una inquietud previamente informada a la SIU, puede hacer un seguimiento completando el formulario de solicitud para comunicarse con la SIU.

- **Formulario de solicitud de contacto con SIU (inglés)**
- **Formulario de solicitud de contacto con SIU (Español)**

Definiciones

Apelación significa una solicitud para que su plan médico revise una decisión nuevamente.

Autorización previa significa una decisión de su plan o compañía de seguro de salud de que un servicio de cuidado de salud, un plan de tratamiento, un medicamento recetado o un equipo médico duradero es médicamente necesario. A veces se denomina preautorización, aprobación previa o certificación previa. Su seguro de salud o plan médico puede exigir una autorización previa para determinados servicios antes de que usted los reciba, salvo en caso de emergencia. La preautorización no es una promesa de que su seguro de salud o plan médico cubrirá el costo.

Cobertura de medicamentos recetados hace referencia al seguro de salud o plan médico que ayuda a pagar los medicamentos recetados y los medicamentos.

Condición médica de emergencia significa una enfermedad, lesión, síntoma o afección tan grave que una persona razonable buscaría cuidado de inmediato para evitar un daño grave.

Continuidad del cuidado significa el cuidado continuo de un afiliado a medida que el afiliado hace la transición entre diferentes contratistas o entre el programa de cuidado médico administrado y el programa FFS, ya sea debido a cambios en la elegibilidad o un cambio en la afiliación en MCO.

Copago se refiere a un monto fijo que paga por un servicio de cuidado de salud cubierto, generalmente cuando recibe el servicio. El monto puede variar según el tipo de servicio de cuidado de salud cubierto.

Cuidado de enfermería especializada se refiere a los servicios de enfermería prestados dentro del alcance de la Ley de Práctica de Enfermería de Illinois (225 ILCS 65/50-1 et seq.) por profesionales de enfermería registrados, enfermeras prácticas con licencia o enfermeras vocacionales con licencia para ejercer en el estado.

Cuidado de salud en el hogar se refiere a los servicios de cuidado de salud que una persona recibe en el hogar.

Cuidado de urgencia hace referencia al cuidado de una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque cuidado de inmediato, pero no tan grave como para requerir cuidado en la sala de emergencias.

Cuidado en sala de emergencia se refiere a los servicios de emergencia que recibe en una sala de emergencia.

Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF) se refiere a los servicios de rehabilitación y cuidado de enfermería especializada que se brindan de manera continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de cuidado en un centro de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que puede aplicar un profesional de enfermería registrado o un médico.

Cuidado hospitalario para pacientes ambulatorios se refiere al cuidado en un hospital que, por lo general, no requiere pasar la noche.

Determinantes sociales de la salud son las condiciones de los entornos en los que las personas nacen, viven, aprenden, trabajan, juegan, rinden culto y envejecen y que afectan a una amplia gama de resultados y riesgos relacionados con la salud, el funcionamiento y la calidad de vida.

El seguro de salud es un contrato que requiere que su compañía de seguro de salud pague algunos o todos sus costos de cuidado de salud a cambio de una prima.

Equipo médico duradero se refiere a los equipos y suministros solicitados por un proveedor de cuidado de salud para uso diario o prolongado.

Especialista: Un médico que proporciona cuidado de salud para una enfermedad o parte específica del cuerpo.

Farmacia de la red se refiere a una farmacia (tienda de medicamentos) que ha acordado surtir recetas para los 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.

Fuera de la red significa proporcionar al beneficiario la opción de acceder a los servicios del plan fuera de la red de proveedores contratados por el plan. En algunos casos, los gasto de desembolso personal del beneficiario pueden ser más altos para un beneficio fuera de la red.

Hospitalización se refiere al cuidado en un hospital que requiere admisión como paciente internado y generalmente requiere pasar la noche. Una estadía de una noche para observación podría ser cuidado ambulatorio.

Médicamente necesario significa servicios o suministros de cuidado de salud necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una lesión, afección, enfermedad o sus síntomas y que cumplen con los estándares aceptados de la medicina.

Medicamentos recetados hace referencia a los fármacos y medicamentos que, por ley, requieren una receta.

Médico de cuidado primario: se refiere a un médico (M.D. - Doctor en Medicina Médica o D.O. - Doctor en Medicina Osteopática) según lo permita la ley estatal, que proporciona, coordina o ayuda a un paciente a acceder a una variedad de servicios de cuidado de salud.

Plan médico es 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 el cuidado que usted necesita.

Plan: un plan es la combinación de los beneficios del seguro de salud en un producto, una red de proveedores y un área de servicio.

Preautorización se refiere a la decisión de su plan o compañía de seguro de que un servicio de cuidado de salud, un plan de tratamiento, un medicamento recetado o un equipo médico duradero sea médicamente necesario. A veces se denomina autorización previa, aprobación previa o certificación previa. Su seguro de salud o plan médico puede exigir una autorización previa para determinados servicios antes de que usted los reciba, salvo en caso de emergencia. La preautorización no es una promesa de que su seguro de salud o plan médico cubrirá el costo.

Prima se refiere al monto que debe pagar por su seguro de salud o plan médico. Usted y/o su empleador suelen pagarlo mensual, trimestral o anualmente.

Proveedor de cuidado primario es un médico (M.D. - Doctor en Medicina o D.O. - Doctor en Medicina Osteopática), enfermero practicante, enfermero clínico especialista o asistente médico, según lo permita la ley estatal, que proporciona, coordina o ayuda a un paciente a acceder a una variedad de servicios de cuidado de salud.

Proveedor de la red significa: “proveedor” es el término general que usamos para designar a los médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y cuidado. El término también incluye hospitales, agencias de cuidado de salud en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de cuidado de salud, equipo médico y servicios y apoyos a largo plazo.

- Tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para proporcionar servicios de cuidado de salud.
- Los 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.

Proveedor no participante es un proveedor que no tiene un contrato con su compañía de seguro o plan médico para prestarle servicios. Pagará más por consultar a un proveedor no participante. Revise su póliza para ver si puede acudir a todos los proveedores que tienen contrato con su seguro de salud o plan médico, o si su seguro de salud o plan médico tiene una red “escalonada” y debe pagar más para ver a algunos proveedores.

Proveedor participante: los llamamos “proveedores participantes” cuando aceptan trabajar con el plan médico y aceptan nuestro pago y no cobrar a nuestros afiliados un monto adicional. Mientras sea afiliado de nuestro plan, debe utilizar proveedores participantes para obtener los servicios cubiertos.

A los proveedores participantes también se los denomina “proveedores de la red”.

Proveedor: “proveedor” es el término general que utilizamos para médicos, enfermeros y otras personas que le proporcionan servicios y cuidado médico. El término también incluye hospitales, agencias de cuidado de salud en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de cuidado de salud, equipo médico y servicios y apoyos a largo plazo.

Queja formal se refiere a una queja que usted comunica a su plan médico.

Red hace referencia a los centros, proveedores y suministradores con los que su compañía de seguro o plan médico tiene contrato para brindar servicios de cuidado de salud.

Servicios de emergencia se refiere a la evaluación de una afección médica de emergencia y el tratamiento para evitar que la afección empeore.

Servicios de hospicio se refiere a los servicios para brindar consuelo y apoyo a las personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y a sus familias.

Servicios excluidos se refiere a los servicios de cuidado de salud que su seguro de salud o plan médico no paga ni cubre.

Servicios médicos son servicios de cuidado de salud que un médico certificado (M.D. – Doctor en Medicina o D.O. – Doctor en Medicina Osteopática) proporciona o coordina.

Servicios y dispositivos de habilitación se refiere a los servicios que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar habilidades y funciones para la vida diaria. Por ejemplo, terapia para un niño que no camina o habla a la edad esperada. Estos servicios pueden incluir fisioterapia y terapia ocupacional, servicios de patologías del habla y del lenguaje, y otros servicios para personas con discapacidades en una variedad de entornos ambulatorios y/o para pacientes internados.

Servicios y dispositivos de rehabilitación se refieren a los servicios de cuidado de salud que ayudan a una persona a conservar, recuperar o mejorar las habilidades y el funcionamiento de la vida diaria que se han perdido o se han deteriorado debido a que una persona estaba enferma, lastimada o discapacitada. Estos servicios pueden incluir fisioterapia y terapia ocupacional, servicios de patologías del habla y del lenguaje, y servicios de rehabilitación psiquiátrica en una variedad de entornos ambulatorios y/o para pacientes internados.

Transporte médico de emergencia se refiere a los servicios de ambulancia para una afección médica de emergencia.

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora central.

Humana Inc. y sus subsidiarias cumplen con la Sección 1557 al brindar recursos y servicios auxiliares gratuitos a personas con discapacidades cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación. Los servicios incluyen intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos.

English Call the number above to receive free language assistance services.

Español (Spanish) Llame al número que se indica arriba para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística.

Polski (Polish) Aby skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej, należy zadzwonić pod wyżej podany numer.

繁體中文 (Traditional Chinese) 您可以撥打上面的電話號碼以獲得免費的語言協助服務。

한국어 (Korean) 무료 언어 지원 서비스를 받으려면 위 번호로 전화하십시오.

Tagalog (Tagalog – Filipino) Tawagan ang numero sa itaas para makatanggap ng mga libreng serbisyo sa tulong sa wika.

العربية(Arabic) اتصل برقم الهاتف أعلاه للحصول على خدمات المساعدة اللغوية المجانية.

Русский (Russian) Позвоните по вышеуказанному номеру, чтобы получить бесплатную языковую поддержку.

ગુજરાતી (Guj ar at i) મફત ભાષા સહાય સેવાઓ મેળવવા માટે ઉપર આપેલા નંબર પર કૉલ કરો.

اردو (Urdu): مفت لسانی اعانت کی خدمات موصول کرنے کے لیے درج بالا نمبر پر کال کریں۔

Tiếng Việt (Vietnamese) Gọi số điện thoại ở trên để nhận các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.

Italiano (Italian) Chiamare il numero sopra indicato per ricevere servizi di assistenza linguistica gratuiti.

हिंदी (Hindi) भाषा सहायता सेवाएं मुफ्त में प्राप्त करने केलिए ऊपर केनंबर पर कॉल करें।

Français (French) Appelez le numéro ci-dessus pour recevoir des services gratuits d'assistance linguistique.

Ελληνικά (Greek) Καλέστε τον παραπάνω αριθμό για να λάβετε δωρεάν υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης.

Deutsch (German) Wählen Sie die oben angegebene Nummer, um kostenlose sprachliche Hilfsdienstleistungen zu erhalten.

Este aviso está disponible en es-www.humana.com/IllinoisAccessibility
Humana Healthy Horizons in Illinois (HCI) es un producto de Medicaid de Humana Benefit Plan of Illinois, Inc.
ILHN62RSP

Aviso de prácticas de privacidad de la entidad cubierta afiliada (ACE, por sus siglas en inglés) de seguros

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 necesita hacer nada, a menos que tenga una solicitud o queja.

Este Aviso sobre prácticas de privacidad se aplica a todas las entidades que forman parte del ACE de Seguros, una entidad cubierta afiliada conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés). La ACE es un grupo de entidades cubiertas legalmente separadas que están afiliadas y se han designado a sí mismas como una sola entidad cubierta para efectos de la HIPAA. Encontrará una lista completa de los afiliados del ACE en **https://huma.na/insuranceace**.

Podemos cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, según lo permitido por la ley, incluida la información que creamos o recibimos antes de efectuar los cambios. Cuando realicemos un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, modificaremos este aviso y enviaremos a los afiliados de nuestros planes de salud el aviso correspondiente.

¿Qué es la información personal o de salud no pública?

La información personal o de salud no pública incluye tanto información médica como información personal, como su nombre, dirección, número de teléfono, número de Seguro Social, números de cuenta, información sobre pagos o información demográfica. El término “información” en este aviso incluye cualquier información personal y de salud no pública. Esto incluye información creada o recibida por un proveedor de cuidado de salud o el plan de salud. La información se relaciona con su salud o afección física o mental, la prestación de cuidado de salud o el pago por dicho cuidado.

¿Cómo recopilamos información sobre usted?

Recopilamos información sobre usted y su familia cuando usted completa solicitudes y formularios. También recopilamos información de sus transacciones con nosotros, con nuestras afiliadas y con otras personas. Por ejemplo, es posible que recibamos información sobre usted de participantes del sistema del cuidado de salud, como su médico u hospital, así como de empleadores o administradores de planes, agencias de información de crédito y del Medical Information Bureau.

¿Qué información recibimos sobre usted?

La información que recibimos puede incluir datos como su nombre, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de Seguro Social, historial de pagos de primas y su actividad en nuestro sitio web. Esto también incluye información relacionada con su plan de beneficios médicos, sus beneficios de salud y sus evaluaciones de riesgos para la salud.

¿Cómo protegemos su información?

Tenemos la responsabilidad de proteger la privacidad de su información en todos los formatos, incluida la información electrónica y oral. Contamos con procedimientos administrativos, técnicos y físicos para proteger su información de diversas formas, entre las que se incluyen:

- Limitar el acceso de quiénes pueden ver su información
- Limitar el modo de uso o divulgación de su información
- Informarle acerca de nuestros deberes legales con respecto a su información
- Capacitar a nuestros empleados sobre nuestro programa y procedimientos de privacidad

¿Cómo usamos y divulgamos su información?

Usamos y divulgamos su información:

- A usted o a alguien con derecho legal para actuar en su nombre
- Al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos

– continúa a la página siguiente

Aviso sobre prácticas de seguridad del ACE de seguros (continuación)

Tenemos derecho a utilizar y divulgar su información:

- A un médico, hospital u otro proveedor de cuidado de salud para que usted pueda recibir cuidado médico.
- Para actividades de pago, incluido el pago de las reclamaciones de los servicios cubiertos que le fueran proporcionados por proveedores de cuidado de salud y el pago de las primas del plan de salud.
- Para actividades operativas de cuidado de salud, lo que incluye procesar su afiliación, responder a sus preguntas, coordinar su cuidado, mejorar la calidad y determinar primas.
- Para realizar actividades de evaluación de riesgo. Sin embargo, no utilizaremos los resultados de pruebas genéticas ni formularemos preguntas en relación con el historial familiar.
- Al patrocinador de su plan, para permitirle desempeñar las funciones de administración del plan, como actividades relacionadas con la elegibilidad, la afiliación y la desafiliación. En ciertas situaciones, podemos compartir con el patrocinador de su plan información de salud resumida sobre usted. Por ejemplo, para permitir que el patrocinador de su plan obtenga ofertas de otros planes de salud. Su información de salud detallada no se compartirá con el patrocinador de su plan. Le pediremos permiso a usted o el patrocinador de su plan deberá certificar que acepta mantener la privacidad de su información.
- Para comunicarnos con usted y brindar información sobre beneficios y servicios relacionados con la salud, recordatorios de citas o alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés. Si usted optó por no recibir este tipo de información, no nos comunicaremos con usted.
- A sus familiares y amigos si usted no puede comunicarse, como en un caso de emergencia.
- A sus familiares y amigos, o a cualquier otra persona que usted indique. Esto se aplica si la información es directamente relevante en la participación de ellos en su cuidado de salud o el pago de ese cuidado. Por ejemplo, si un familiar o un cuidador nos llama con conocimiento previo de una reclamación, podemos confirmar si dicha reclamación se recibió y pagó.
- Para proporcionar información de pago al suscriptor como fundamento ante el Servicio de Impuestos Internos.
- A agencias de salud pública, si consideramos que existe una grave amenaza para la salud o la seguridad.
- A las autoridades pertinentes cuando haya situaciones como abuso, negligencia o violencia.
- En respuesta a una orden de un tribunal o administrativa, citación, solicitud de hallazgos u otros procesos legales.
- Para los fines de la aplicación de la ley, a las autoridades militares y según lo exija la ley de algún otro modo.
- Para ayudar en tareas de recuperación en caso de desastres.
- Para programas de cumplimiento y actividades de supervisión de la salud.
- Para cumplir nuestras obligaciones conforme a cualquier ley o contrato del programa 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 y siempre que se hayan tomado las medidas apropiadas para proteger su privacidad.
- Para la obtención, el almacenamiento o el trasplante de órganos, ojos o tejido.
- A un médico forense, examinador médico o director funerario.

Restricciones adicionales sobre el uso y la divulgación de tipos específicos de información:

- Algunas leyes federales y estatales pueden restringir el uso y la divulgación de cierta información de salud confidencial, como la siguiente: Trastorno por uso de sustancias (“SUD”, por sus siglas en inglés) sujeto a los registros de la Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés) (“Parte 2”); Información biométrica; Abuso o negligencia de menores o adultos, incluida la Agresión sexual; Enfermedades transmisibles; Información genética; VIH/SIDA; Salud mental; Salud reproductiva; y Enfermedades de transmisión sexual.

– continúa a la página siguiente

Aviso sobre prácticas de privacidad del ACE de seguros (continuación)

Si recibimos registros de SUD de la Parte 2, no usaremos ni divulgaremos dichos registros, ni brindaremos testimonio que revele el contenido de dichos registros en ningún procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo en su contra, a menos que dicha divulgación se base en su consentimiento por escrito (por separado de su consentimiento para cualquier otro uso o divulgación), o en una orden judicial después de que se le notifique y se le brinde la oportunidad de ser escuchado, según lo dispuesto en la Parte 2. Una orden judicial que autorice el uso o la divulgación de los registros de SUD de la Parte 2 debe ir acompañada de una citación judicial u otro requisito legal que obligue a la divulgación antes de que se utilice o divulgue el registro solicitado.

¿Usaremos su información para fines no descritos en este aviso?

No utilizaremos ni divulgaremos su información por ninguna razón que no se haya descrito en este aviso sin su permiso por escrito. Usted puede cancelar su permiso en cualquier momento si nos lo notifica por escrito.

Los siguientes usos y divulgaciones requerirán permiso por escrito:

- La mayoría de los usos y las divulgaciones de las notas de psicoterapia y de las notas de asesoramiento sobre SUD
- Fines de marketing
- La venta de información personal y de salud
- La información médica que se divulga conforme a este aviso a una entidad que no esté cubierta por la HIPAA o a un socio comercial puede estar sujeta a divulgación por parte del destinatario, y ya no estará protegida por las leyes de privacidad federales o estatales (como la HIPAA).

¿Qué hacemos con su información cuando usted deja de ser afiliado?

Su información podrá seguirse usando para los fines descritos en este aviso. Esto incluye cuando usted no obtiene cobertura a través de nosotros. Después del período de retención legal obligatorio, la información se destruye siguiendo procedimientos estrictos para mantener la confidencialidad.

¿Cuáles son mis derechos en relación con mi información?

Nuestro compromiso es responder a su solicitud de derechos de manera oportuna.

- Acceso: Usted tiene derecho a revisar y obtener una copia de su información que pueda utilizarse para tomar decisiones sobre usted. También puede recibir un resumen de esta información de salud. Tal como lo exigen las leyes aplicables, pondremos esta información personal a su disposición o a disposición de su representante designado.
- Decisión de Evaluación de Riesgo Adversa: Si denegamos su solicitud de seguro, usted tiene derecho a que se le proporcione el motivo de la denegación.
- Comunicaciones alternativas: Para evitar una situación que ponga en riesgo la vida, usted tiene derecho a recibir su información de una manera diferente o en un lugar diferente. Cumpliremos con su solicitud si esta es razonable.
- Enmienda: Usted tiene derecho a solicitar la corrección de cualquiera de esta información personal mediante enmienda o eliminación. En un plazo de 60 días hábiles a partir de la recepción de su solicitud por escrito, le notificaremos nuestra enmienda o eliminación de la información en disputa, o de nuestra negativa a realizar tal corrección después de más investigaciones. Si nos negamos a enmendar o eliminar la información en disputa, usted tiene derecho a enviarnos una declaración por escrito de los motivos de su desacuerdo con nuestra evaluación de la información en disputa y lo que usted considera como la información correcta. Pondremos dicha declaración a disposición de todas las partes que revisen la información en disputa.*
- Divulgación: Usted tiene derecho a recibir una lista de casos en los que nosotros o nuestros socios comerciales hayamos divulgado su información. Esto no se aplica a tratamientos, pagos, actividades operativas del plan de salud y otras actividades determinadas. Mantenemos esta información y la ponemos a su disposición durante seis años. Si solicita esta lista más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle un cargo razonable según los costos.

– continúa a la página siguiente

Aviso sobre prácticas de privacidad del ACE de seguros (continuación)

- Aviso: Usted tiene derecho a solicitar y recibir una copia escrita de este aviso en cualquier momento.
- Restricción: Usted tiene derecho a solicitar que se limite la manera en que se utiliza o divulga su información. No estamos obligados a aceptar esta limitación, pero si lo hacemos acataremos nuestro acuerdo. También tiene derecho a aceptar o dar por finalizada una limitación presentada previamente.

*Esta disposición se aplica solamente a los residentes de Massachusetts de conformidad con las reglamentaciones estatales.

¿Qué debo hacer si creo que violaron mi privacidad?

Si cree que violaron su privacidad de alguna manera, puede presentar una queja llamándonos al **866-861-2762** en cualquier momento. También puede presentar un reclamo por escrito ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Le daremos la dirección regional de la OCR apropiada si lo solicita. También puede enviar su queja por correo electrónico a **OCRComplaint@hhs.gov**. Si elige presentar un reclamo, sus beneficios no se verán afectados y no le impondremos ninguna sanción ni tomaremos ningún tipo de represalia contra usted.

Apoyamos su derecho de proteger la privacidad de su información personal y de salud.

Nuestras responsabilidades

- La ley nos exige mantener la privacidad y la seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso y proporcionarle una copia de dicho aviso.
- No utilizaremos ni compartiremos su información excepto según se describe aquí, a menos que usted nos informe por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

¿Cómo puedo ejercer mis derechos u obtener una copia de este aviso?

Todos sus derechos de privacidad se pueden ejercer a través de los formularios aplicables. Puede obtener cualquiera de los formularios de las siguientes maneras:

- Comuníquese con nosotros al 866-861-2762.
- Acceda a nuestro sitio web en es-www.humana.com y vaya al enlace Prácticas de privacidad.
- Envíe el formulario de solicitud completado a:
  Humana Inc. Privacy Office 003/10911
  101 E. Main Street
  Louisville, KY 40202

GN14474HH 01/26

Si tiene alguna pregunta, visite **es-www.humana.com** o llame al número que aparece al reverso de su tarjeta de identificación del afiliado.



¿Tiene preguntas?

Llame a Servicios para afiliados al 800-787-3311





Humana®
Healthy Horizons®
in Illinois (HCI)

ILHN5MBSP