Humana Healthy Horizons

HFS Illinois Department of Healthcare and Family Services



Manual para Afiliados de Humana Healthy Horizons® in Illinois Managed Long-Term Support Services Duals Specialty Program (MDSP)

Actualizado por última vez el 1 de enero de 2027

Índice

Información importante de contacto ..... **página 3**

¡Le damos la bienvenida al plan Humana Healthy Horizons in Illinois (MDSP)! ..... **página 4**

Este manual está aquí para ayudarle a aprender cómo usar sus beneficios. Vamos a recorrer: ..... **página 4**

Obtener cuidado de salud ..... **página 11**

Sus beneficios ..... **página 13**

Coordinación del cuidado de salud ..... **página 14**

Servicios cubiertos ..... **página 15**

Autorización previa ..... **página 19**

Quejas formales y apelaciones ..... **página 20**

Audiencias imparciales estatales de Medicaid ..... **página 24**

Revisión externa ..... **página 28**

Revisión externa acelerada ..... **página 29**

Control de la utilización ..... **página 29**

Derechos y responsabilidades ..... **página 30**

Desafiliación ..... **página 31**

Instrucciones anticipadas ..... **página 31**

Tutela ..... **página 32**

Fraude, malgasto y abuso ..... **página 33**

Definiciones ..... **página 35**

Recursos y servicios auxiliares ..... **página 39**

Aviso sobre Prácticas de Privacidad ..... **página 40**



Información importante de contacto	
Servicios para afiliados	**800-787-3311 (TTY: 711)**
En línea	es-www.humana.com/IllinoisMDSP
Línea Illinois CARES	**800-345-9049**
Medicaid Transportation Management Transporte	**888-563-9877**
Manejo de casos	**800-787-3311 (TTY: 711)**
Fraude, malgasto y abuso Línea directa para investigaciones especiales de Humana	**800-614-4126**
Quejas formales y apelaciones	**800-787-3311 (TTY: 711)**

¡Le damos la bienvenida al plan Humana Healthy Horizons in Illinois (MDSP)!

¡Bienvenido a Humana Healthy Horizons in Illinois!

Nos alegra que sea afiliado. Su plan de salud le ayuda a obtener el cuidado y el apoyo que necesita a través del Programa especializado para personas con doble elegibilidad (también llamado MDSP, por sus siglas en inglés) de servicios y apoyos a largo plazo administrados de Illinois Medicaid.

Podemos ayudarle a comprender sus beneficios, conectarse con el cuidado de salud y encontrar apoyo para ayudarle a mantenerse seguro, saludable y lo más independiente posible.

Esperamos poder ayudarle a aprovechar al máximo su plan.

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

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

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

- **MyHumana** 
  - Puede utilizar el portal seguro en línea y visitar **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 la **aplicación MyHumana en App Store**
      - Android accediendo a la **aplicación MyHumana en Google Play**

- **Find Care**
  - Visite **Findcare.humana.com**
  - Nuestra herramienta “Find Care” (Encontrar cuidado) facilita la búsqueda de cuidado médico.
  - Todo lo que necesita es su código postal y tipo de plan.
    - Si hay alguna información que no esté incluida en el directorio, como la residencia del proveedor o la facultad de medicina a la que asistió, póngase en contacto directamente con el consultorio del proveedor para averiguar.

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

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

Servicios para afiliados está aquí para ayudarle

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

Puede llamar a Servicios para afiliados para obtener ayuda con:

- Elegir o cambiar de proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés),
- Preguntas sobre sus beneficios,
- Preguntas sobre servicios,
- Ayuda con referidos,
- Reemplazar una tarjeta de identificación perdida,
- Informar sobre el nacimiento de un nuevo bebé,
- Informar un cambio que pueda afectar sus beneficios o los de su familia.

Ayuda fuera del horario normal

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

Si deja un mensaje, indique cómo se pueden comunicar con usted. Su PCP le devolverá la llamada lo antes posible.

Si tiene una emergencia

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

Si necesita ayuda en otro idioma

Para nuestros clientes con discapacidades o dominio limitado del inglés, ofrecemos 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 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 la zona.

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

Consulte **Servicios multilingües 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 apoyo de accesibilidad** para obtener más información sobre el compromiso de Humana con los estándares y el apoyo de accesibilidad en línea.

Horario de atención

Servicios para afiliados está disponible 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.

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

Humana está cerrada los siguientes días festivos importantes:

- 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 MDSP a través del contrato estatal con Medicaid si:

- Es una persona de la tercera edad o tiene 21 años o más en el momento de la afiliación;
- Tiene derecho a los beneficios de la Parte A de Medicare y está afiliado bajo las Partes B y D de Medicare;
- Recibe todos los beneficios de Medicaid;
- Es elegible para recibir y recibe servicios a largo plazo según la necesidad evaluada de un nivel de cuidado en un centro de enfermería, que incluye:
  - Residentes de centros de enfermería; o
  - Personas que participan en las siguientes exenciones de 1915 (c): Personas de edad avanzada, personas con discapacidades, personas con VIH/SIDA, personas con lesiones cerebrales y personas que residen en centros de vivienda de apoyo

Excepto los participantes mencionados anteriormente que:

- Cuentan con un seguro a todo riesgo a terceros;
- Residen en instituciones de cuidado intermedio (ICF, por sus siglas en inglés) o para personas con discapacidad intelectual (MR, por sus siglas en inglés)
- Están afiliados a la exención de servicios comunitarios y basados en el hogar (HCBS, por sus siglas en inglés) para adultos con discapacidades del desarrollo;
- Están afiliados a un programa de beneficios parciales;
- Están afiliados al programa de cáncer de mama y de cuello uterino de Illinois;

- Están afiliados al programa de beneficios de salud para trabajadores con discapacidades;
- Son elegibles solo durante el embarazo y por un corto tiempo después del parto;
- Son elegibles solo a través de la reducción del gasto; o
- Son beneficiarios de indígenas estadounidenses/nativos de Alaska (pueden afiliarse voluntariamente).

Hay dos maneras de afiliarse a MDSP Illinois:

- **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.

Afiliación abierta

Una vez al año, puede elegir un plan de salud diferente. Esta vez se denomina Afiliación abierta.

Servicios de Afiliación para Clientes le enviará 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 de salud.

Tendrá 60 días para cambiar su plan de salud. Puede hacer un cambio de plan durante este tiempo llamando a Servicios de Afiliación para Clientes **al 877-912-8880 (TTY: 866-565-8576).**

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

Si tiene preguntas sobre cómo unirse o desafiliarse de Humana, llame a Servicios de Afiliación para Clientes al **877-912-8880 (TTY: 866-565-8576).**

Redeterminación

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

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
- Complete y firme el formulario y envíelo al HFS con las verificaciones necesarias:
  - Por correo 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. Para averiguar dónde está el FCRC más cercano, visite **https://www.dhs.state.il.us/PAGE.ASPX?MODULE=12**.

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

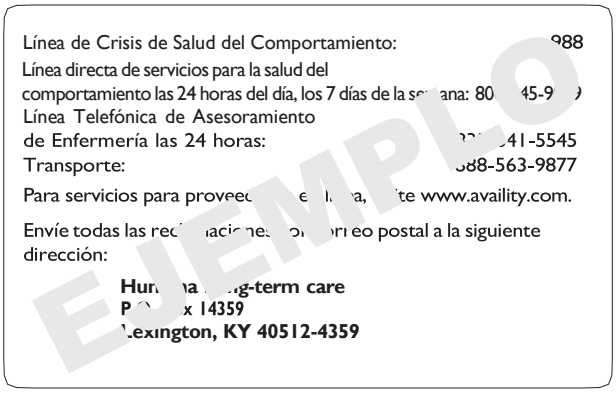
Una vez que reciba su formulario, se determinará su elegibilidad y recibirá otro aviso explicando la decisión.

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

Es afiliado, ¿y ahora qué? Sus primeros 4 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 siempre consigo su tarjeta de identificación.

Paso 2: Cree su cuenta Myhumana en línea

- Visite **https://es-account.humana.com/registration**
- Elija “I’m a member” (Soy afiliado) y haga clic en el botón “Start activation now” (Iniciar activación ahora).
- 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 conocer sus beneficios
  - Conozca los beneficios de valor agregado

Paso 3: Reciba cuidado regular a través de un proveedor de cuidado primario

- Su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) es su médico principal.
- Su PCP le ayuda a:

- Realizarse revisiones médicas.
- Mantenerse saludable.
- Tratar enfermedades.
- Gestionar las necesidades de salud a largo plazo.
- Buscar especialistas.
- Comprender sus medicamentos.
- Planificar su cuidado de salud.

- Puede elegir un PCP para toda su familia o un PCP diferente para cada familiar.
- Es posible que pueda consultar a un especialista como PCP.

El plan MDSP de Humana no cubre el cuidado primario. Si tiene preguntas sobre su PCP u otros servicios de cuidado primario, llame para solicitar cobertura médica, comuníquese con su plan de Medicare, Medicare Advantage o Medicaid.

Paso 4: Realice su Evaluación de riesgos para la salud

Una Evaluación de riesgos para la salud (HRA, por sus siglas en inglés) es una encuesta de salud simple que lleva alrededor de 5 minutos en completar. Esta encuesta:

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

Una vez que haya completado su HRA, si reúne los requisitos, se le asignará un coordinador de atención médica. El objetivo es hacer coincidir los beneficios de su plan con sus necesidades personales de cuidado de salud.



Obtenga cuidado de salud

Cuándo acudir a cuidado de urgencia o cuidado médico en casos de emergencia

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, profesionales de enfermería y otros profesionales médicos acreditados. Los tiempos de espera suelen ser más cortos que en una sala de emergencias y los copagos suelen ser más bajos. Estas son algunas de las afecciones que el cuidado de urgencia está diseñado para tratar: • Fiebre • Resfriados • Pequeños cortes y raspones • Dolor de oídos	Debe llamar al **911** o acudir 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) • Paro cardíaco • Fracturas óseas abiertas o graves • Pérdida del conocimiento • Dificultad para respirar • Hemorragia severa Si cree que está teniendo una emergencia de salud del comportamiento, llame a Illinois CARES al **800-345-9049**

El cuidado médico posterior a la estabilización es el cuidado que recibe después de los servicios de emergencia médica. Este cuidado le ayuda a sanar o a mejorar su dificultad de salud, o a evitar que empeore. Para cobertura de cuidado médico en casos de emergencia o cuidado posterior a la estabilización, comuníquese con su plan de Medicare, Medicare Advantage o Medicaid.

¿Necesita ayuda para obtener cuidado de salud?

- Transporte de emergencia
  - Si tiene una emergencia médica, marque el **911**.
  - Llame al **911** si necesita transporte de emergencia.
  - No necesita aprobación previa en caso de emergencia.
- Transporte médico no urgente
  - Humana trabaja con Medicaid Transportation Management (MTM) para llevarlo a su destino.
  - Si necesita transporte para ir a su consulta de cuidado de salud o a lugares aprobados por el plan, llame al **888-563-9877** de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Esta llamada es gratuita.

Sus beneficios

Teléfono inteligente

Puede obtener 1 teléfono inteligente gratis con llamadas, mensajes de texto y datos mensuales por hogar para afiliados de 21 años o más que califiquen para el Programa Federal Lifeline.

Servicios para la salud del comportamiento

El cuidado de la salud del comportamiento puede ayudar si está lidiando con el estrés, la tristeza, el 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 el consumo de alcohol o drogas
- Servicios de salud del comportamiento adaptativa (ABS, por sus siglas en inglés) para menores de 21 años diagnosticados con trastorno del espectro autista
- Cuidado durante una hospitalización
- Servicios de salud del comportamiento basados en la comunidad
- Línea de crisis de salud del comportamiento
- Servicios en caso de crisis
- Tratamiento de día en el hospital
- Programa intensivo para pacientes ambulatorios
- Tratamiento asistido por medicamentos
- Servicios para pacientes ambulatorios: terapia de administración de medicamentos y asesoramiento
- 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 IL 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 disponible **las 24 horas del día, los 7 días de la semana, todo el año**. Puede llamar sin importar 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 llegará en un plazo de 2 horas.

Evaluación de riesgos para la salud

Completará una Evaluación de riesgos para la salud (HRA, por sus siglas en inglés) cada año. La HRA hace preguntas sobre su salud y sus hábitos diarios. Nos ayuda a aprender:

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

Para completar su HRA:

- Programe su HRA con su Coordinador de atención médica llamando a Servicios para afiliados al **800-787-3311 (TTY: 711)**

Coordinación del cuidado de salud

Un Coordinador de atención médica es como un asesor de cuidado de salud. Pueden ayudarle a administrar su cuidado y a utilizar sus beneficios. Su Coordinador de atención médica puede:

- Reunirse 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 el cuidado con su médico,
- Ayudarle a usted, a su familia o a su cuidador a comprender sus necesidades de salud, medicamentos y tratamientos.

Humana tiene diferentes programas de coordinación del cuidado de salud que se adaptan a sus necesidades. Si desea obtener más información sobre los diferentes servicios de coordinación del cuidado de salud, como la administración de casos complejos o el manejo de enfermedades, autorreferirse u optar por no participar en el Programa de administración de casos complejos, llame a Servicios para afiliados al **800-787-3311 (TTY: 711)**.

Transición del cuidado

Con el plan MDSP de Humana Healthy Horizons in Illinois, usted es elegible para los servicios de transición del cuidado. Le ayudamos a trasladarse de forma segura de un entorno de cuidado a otro. Esto puede suceder cuando usted sale de:

- Un hospital
- Un centro de enfermería especializada
- Otro entorno de cuidado

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
Servicios de rehabilitación por uso de alcohol y farmacodependencia	La cobertura está sujeta a la necesidad médica y a los criterios de nivel de cuidado
Equipo médico duradero y dispositivos protésicos	Servicios cubiertos cuando sean necesarios por razones médicas
Cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) en un centro de residencia asistida (SLF, por sus siglas en inglés): cuidado de la demencia	Cubierto para afiliados de 65 años o más que tengan un diagnóstico de enfermedad de Alzheimer o una forma relacionada de demencia
Servicios de LTC	• Intermedio • Calificado • Centro de enfermería especializada
Servicios de opción de rehabilitación de salud mental	• Servicios en equipo • Servicios de crisis • Servicios generales
Transporte Médico que No es de Emergencia (NEMT, por sus siglas en inglés)	Transporte de ida y vuelta a una fuente de cuidado médico
Servicios de cuidado de enfermería	Cubierto
Servicios de Centros de Enfermería	Debe cumplir con el Nivel de cuidado del centro de enfermería (NFLOC)

Servicios comunitarios y basados en el hogar

Humana tiene cinco programas de exención de servicios comunitarios y basados en el hogar (HCBS, por sus siglas en inglés) para personas que califican a través del Departamento de Salud y Servicios de Familia 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 exención de HCBS se ofrecen además de los beneficios de su plan.

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).

A continuación 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 sobre la Vejez (DOA, por sus siglas en inglés) Personas de edad avanzada	• Servicio de día para adultos • Transporte de día para adultos • Dispensador automático de medicamentos • Ama de casa • Sistema personalizado 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
División de Servicios de Rehabilitación (DRS) Personas con discapacidades, VIH/SIDA	• Servicio de día para adultos • Transporte de día para adultos • Adaptaciones de accesibilidad ambiental: hogar • Comidas entregadas a domicilio • Asistente de cuidado de salud en el hogar • Ama de casa • Proveedor individual • Enfermería: intermitente • Enfermería: especializada (profesional de enfermería registrado (RN, por sus siglas en inglés) y auxiliar de enfermería [LPN, por sus siglas en inglés]) • Terapia Ocupacional • PERS • Terapia física • 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

DRS Personas con lesión cerebral	• Servicio de día para adultos • Transporte de día para adultos • Servicios para la salud del comportamiento (mastería [M.A., por sus siglas en inglés] y doctorado [Ph.D., por sus siglas en inglés]) • Adaptaciones de accesibilidad ambiental: hogar • Habilitación: día • Comidas entregadas a domicilio • Asistente de cuidado de salud en el hogar • Servicios de ama de casa • Proveedor individual • Enfermería: intermitente • Enfermería: especializada (profesional de enfermería registrado (RN, por sus siglas en inglés) y auxiliar de enfermería [LPN, por sus siglas en inglés]) • Terapia Ocupacional • PERS • Terapia física • 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 residencia asistida del Departamento de Salud y Servicios de Familia (HFS, por sus siglas en inglés)	• Residencia asistida	Es posible que necesite una autorización previa de nuestra parte antes de recibir los servicios cubiertos

Servicios no cubiertos

- Agente de solicitud para todos los niños (válido solo en el archivo del proveedor)
- Asesoramiento de la División de Cuidado Especializado para Niños [DSCC, por sus siglas en inglés]/niños frágiles
- Asesoramiento genético
- Asistentes de cuidado de salud en el hogar
- Barniz de flúor
- Centro de salud mental administrado por el Estado (SOPF, por sus siglas en inglés): beneficiario por MI no emparejable
- Coordinación de casos
- Cuidado de relevo
- Cuidado en el hogar
- Cuidado especializado: residente en un hospital
- Cuidado excepcional
- Cuidado para afecciones agudas DD/MI: residente en hospital
- Enfermería de cuidados continuos
- LTC: beneficiario por discapacidad mental (MR, por sus siglas en inglés), ubicación inapropiada
- LTC: beneficiario por enfermedad mental (MI, por sus siglas en inglés) entre las edades de 22 a 64 años
- LTC: beneficiario por MR entre las edades de 21 a 65 años
- LTC: capacitación de desarrollo (nivel I)
- LTC: capacitación de desarrollo (nivel II)
- LTC: capacitación de desarrollo (nivel III)
- LTC: centro de vida especializado, MR intermedio
- LTC: cobertura completa de Medicare
- LTC: ICF/MR
- LTC: ICF/MR pediátrico especializado
- Medicamentos psiquiátricos
- Otros servicios para la salud del comportamiento
- Paciente general internado
- Programa de cuidado subagudo
- Rehabilitación juvenil
- Servicio de enfermería
- Servicio de gestión de casos específicos (intervención temprana)
- Servicio de gestión de casos específicos (salud mental)
- Servicio de opción de rehabilitación (servicio especial de una agencia de educación local [LEA, por sus siglas en inglés])
- Servicio de psicólogo
- Servicio de trabajo social
- Servicios clínicos (rehabilitación física)
- Servicios clínicos generales
- Servicios de administración de casos específicos del DCFS
- Servicios de anestesia
- Servicios de audiología
- Servicios de capitación
- Servicios de clínica psiquiátrica (tipo A)
- Servicios de clínica psiquiátrica (tipo B)
- Servicios de enfermería especializada
- Servicios de farmacia (medicamentos recetados y de venta sin receta [OTC, por sus siglas en inglés])
- Servicios de fisioterapiia
- Servicios de intervención temprana
- Servicios de laboratorio clínico
- Servicios de niñera
- Servicios dentales
- Servicios de opción de rehabilitación del Departamento de Servicios para la Infancia y la Familia (DCFS, por sus siglas en inglés)
- Servicios de optometría
- Servicios de parteras
- Servicios de planificación familiar
- Servicios de podiatría

• Servicios de radiografías portátiles • Servicios de salud en el hogar • Servicios de terapia, orientación y movilidad para el desarrollo (exenciones) • Servicios de terapia del habla/patología • Servicios de terapia ocupacional • Servicios hospitalarios para pacientes internados (enfermedad renal en etapa terminal [ESRD, por sus siglas en inglés]) • Servicios hospitalarios para pacientes internados (general) • Servicios hospitalarios para pacientes internados (psiquiátricos) • Servicios hospitalarios para pacientes internados (rehabilitación física) • Servicios médicos	• Servicios opcionales de clínica de salud mental • Servicios para niños saludables • Servicios para pacientes ambulatorios (ESRD) • Servicios para pacientes ambulatorios (general) • Servicios psiquiátricos • Servicios quiroprácticos • SOPF: beneficiario por MI mayor de 64 años • SOPF: beneficiario por MI mayor de 64 años • SOPF: beneficiario por MI menor de 22 años • Suministros médicos • Suministros ópticos • Transporte en ambulancia de emergencia • Trasplantes

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 necesario por razones médicas si ayuda a:

- Salvar su vida
- Evitar que se enferme gravemente o quede incapacitado
- Identificar el problema de salud
- Tratar una enfermedad, lesión o afección
- 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:

- Completar el formulario de autorización previa que se encuentra en provider.humana.com/coverage-claims/prior-authorizations/prior-authorization-lists y enviarlo por correo a:

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

- Llamar a Servicios para afiliados al **800-787-3311 (TTY: 711)**
- Comunicarse 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.

Podemos realizar una revisión de la administración de la utilización posterior al servicio, que puede incluir solicitar expedientes médicos y revisar las reclamaciones para verificar que sean consistentes con las políticas médicas; políticas clínicas de pago y codificación; y la exactitud del pago.

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 un reclamo 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 solicitarlos, 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:

- Llamar a Servicios para afiliados.
- Enviar una solicitud en línea. Visitar resolutions.humana.com/grievances-appeals-forms/member-info
- Enviar su queja formal por fax al **888-599-2730**
- Escribirnos una carta.
- Enviar su formulario o carta a la siguiente dirección:
  Humana Healthy Horizons in Illinois
  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 el frente 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 y cuando usted lo autorice por escrito.
  - Su tutor legal.
  - Un proveedor que usted elija para que le ayude, siempre y cuando usted lo autorice por escrito.
  - Un intérprete.

¿Cuál es el próximo paso?

Le enviaremos una carta para informarle que hemos recibido 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 será tratado injustamente

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 de parte 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

  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 el frente 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 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:
  - Expedientes médicos,
  - Otros documentos y registros,
  - Información nueva 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, haremos lo siguiente:

- Trataremos de 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:

- Trataremos de informarle de inmediato por teléfono.
- Le enviaremos una notificación por escrito en un plazo de 2 días calendario.
- Explicar por qué el tiempo adicional es lo mejor para usted.
- Informarle si necesitamos más información.
- Tomar una decisión a más tardar 14 días después de haber solicitado más información.
- Informarle 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:

- Expedientes médicos,
- 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 será tratado injustamente

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 de parte 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 las siguientes condiciones:

- Ya está recibiendo los servicios que se están reduciendo, deteniendo o pausando,
- Los servicios fueron 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 o antes de la fecha en que le dijimos que sus servicios se reducirían, interrumpirían o pausarían.

Si se aprueba su solicitud de continuación de beneficios

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

- Finaliza el periodo de aprobación original de sus servicios,
- Cancela su apelación,
- No solicita 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 Horizon; o,
- Un juez en la audiencia imparcial de Medicaid toma una decisión en su contra.

Si se deniega su apelación

- Si el juez está de acuerdo con la decisión de Humana de denegar el servicio, es posible que 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 puede solicitar una audiencia con su permiso por escrito. 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 de la Exención para personas ancianas (Elderly Waiver [Community Care Program [CCP, por sus siglas en inglés]) de la siguiente manera:

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

  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 por VIH/SIDA o cualquier servicio del Programa de servicios en el hogar (HSP, por sus siglas en inglés) de las siguientes maneras:

- Por teléfono: **800-435-0774 TTY: 877-734-7429**
- Por fax: **(312) 793-3387**
- En línea: **https://abe.illinois.gov/abe/access/appeals**
- Por correo:

  Illinois Department of Human Service Bureau of Hearings
  69 W. Washington Street, 9th floor
  Chicago, IL 60602
  Fax: **(312)-793-3387**
  Por correo electrónico: **DHS.BAH@illinois.gov**

¿Quién se encargará de la audiencia?

Su audiencia será dirigida por un Oficial de audiencias imparciales que está aprobado para llevar a cabo audiencias imparciales estatales. Esta persona es neutral. Eso significa que la oficina de audiencias 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 esta carta con atención. 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 de atención.
    - 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
- Otra ayuda según sea necesario

También puede pedirle a alguien que le ayude a representarlo 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 Humana planea usar 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:

- Expedientes médicos

- 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 ser revisada 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:

- Finaliza el período de aprobación original.
- Usted cancela su solicitud de apelación o audiencia.
- Se toma una decisión final en la audiencia en su contra.
- No solicita 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:

- Proveedor certificado con la misma especialidad o una similar a la de su proveedor a cargo del tratamiento.
- Actualmente en ejercicio.
- No tener ningún interés financiero en la decisión.
- No lo conoce ni conocerá su identidad durante la revisión.

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

- 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/**

¿Cuál es el próximo paso?

- 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 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 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/**

¿Cuál es el próximo paso?

- 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 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 o a su representante cuál es su decisión.
- También enviarán una carta con la decisión a usted 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 a ejercer los derechos del afiliado y que el ejercicio de esos derechos no afecte negativamente la forma en que se trata al afiliado.
- El derecho a recibir información sobre la organización, sus servicios, sus profesionales y proveedores, y los derechos y responsabilidades de los afiliados.
- El derecho a ser tratado con respeto y reconocimiento de su dignidad y su derecho a la privacidad.
- Estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión utilizada como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- El derecho a participar con los profesionales en la toma de decisiones sobre su cuidado de salud.
- El derecho a una conversación sincera sobre las opciones de tratamiento adecuadas o necesarias por razones médicas para sus afecciones, independientemente del costo o la cobertura de beneficios.
- El derecho a expresar quejas o apelaciones sobre la organización o el cuidado que brinda.
- El derecho a hacer recomendaciones con respecto a la política de derechos y responsabilidades de los miembros de la organización.
- El derecho a rechazar tratamiento.
- La responsabilidad de suministrar (en la medida de lo posible) la información que la organización y sus profesionales y proveedores necesitan para brindar cuidado de salud.
- 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 de salud.
- 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 de salud.

- 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 afiliación abierta.

Si quiere salirse de 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.

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 para Clientes para que tomen la decisión final. Humana Healthy Horizons in Illinois 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:

- Cambia la Organización de cuidado médico administrado (Managed Care Organization, MCO) durante el período de afiliación abierta.
- Se muda fuera del área de servicio
- Tiene otro seguro o están en estado de reducción de gastos.
- Se convierte en interno de una institución pública.

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 de salud y seres queridos qué tipo de 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 completar una.

En Illinois, hay 4 tipos de instrucciones anticipadas:

- **Poder legal para el cuidado de salud**: Esto 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 vital**: Esto le indica a su médico y a otros proveedores qué tipo de cuidado desea si tiene una enfermedad terminal. “Enfermo terminal” significa que su afección no mejorará.
- **Preferencia de salud mental**: Esto le permite decidir si desea recibir algunos tipos de tratamiento de salud mental que podrían ayudarle.
- **Órdenes de no reanimar (DNR, por sus siglas en inglés)/órdenes del médico para el tratamiento de soporte vital (POLST, por sus siglas en inglés):** Esto 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 legal. 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, el malgasto y el 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 la 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 la 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: 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 el fraude, el malgasto y el abuso

Si sospecha de fraude, desperdicio 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**
- **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 denuncias de la Línea de ayuda de ética**: www.ethicshelpline.com se abre en una ventana nueva

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 enviar el Formulario de referido de investigaciones especiales en línea, 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 para comunicarse con la SIU (inglés)**
- **Formulario de solicitud para comunicarse con la SIU (español)**

Definiciones

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

Apelación: una solicitud para que su plan de salud revise una decisión nuevamente.

Autorización previa: 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 necesario por razones médicas. A veces se denomina preautorización, aprobación previa o certificación previa. Su seguro o plan de salud 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 o plan de salud cubrirá el costo.

Cobertura de medicamentos recetados: el seguro o plan de salud que ayuda a pagar los medicamentos recetados y de venta sin receta.

Copago: una cantidad fija (por ejemplo, $15) que usted paga por un servicio de salud cubierto, generalmente cuando lo recibe. La cantidad puede variar según el tipo de servicio de salud cubierto.

Cuidado de enfermería especializada: 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, profesionales de enfermería practicantes certificados o profesionales de enfermería vocacional con licencia para ejercer en el estado.

Cuidado de salud en el hogar: los servicios de cuidado de salud que una persona recibe en el hogar.

Cuidado de urgencia: el 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 la sala de emergencias: los servicios de emergencia que recibe en una sala de emergencias.

Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés): 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 cuidados de institución de enfermería especializada incluyen terapia física o inyecciones intravenosas (IV) que puede aplicar un profesional de enfermería registrado o un médico.

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

Determinantes sociales de la salud: 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.

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

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

Farmacia de la red: una farmacia (droguería) 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: 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 gastos de desembolso personal del beneficiario pueden ser más altos para un beneficio fuera de la red.

Hospitalización: el 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 para pacientes ambulatorios.

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

Médico de cuidado primario: un médico (M.D. o D.O.), 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.

Necesario por razones médicas: 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.

Plan de salud: una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También incluye coordinadores de cuidado, que le ayudan a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan juntos para darle el cuidado que usted necesita.

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

Preautorización: la 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 son necesarios por razones médicas. A veces se denomina autorización previa, aprobación previa o certificación previa. Su seguro o plan de salud 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 o plan de salud cubrirá el costo.

Prima: la cantidad que debe pagar por su seguro o plan de salud. Usted o su empleador suelen pagarlo mensual, trimestral o anualmente.

Proveedor de cuidado primario: un médico (M.D. o D.O.), profesional de enfermería practicante, profesional de enfermería clínica 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: “Proveedor” es el término general que usamos para médicos, profesionales de enfermería y otras personas que le dan servicios y cuidado de la salud El término también incluye hospitales, agencias de cuidado de salud en el hogar, clínicas y otros lugares que proporcionan servicios de cuidado de salud, equipo médico y servicios y apoyos a largo plazo.

- Les llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con el plan de salud, aceptan nuestro pago y no le cobran a nuestros afiliados una cantidad adicional.

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

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

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

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

Queja formal: una queja que usted comunica a su plan de salud.

Red: los centros, proveedores y suministradores con los que su compañía de seguro o plan de salud tiene contrato para prestar servicios de cuidado de salud.

Seguro de salud: 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.

Servicios de emergencia: la evaluación de una afección de emergencia y el tratamiento para evitar que la afección empeore.

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

Servicios excluidos: los servicios de cuidado de salud que su seguro o plan de salud no paga ni cubre.

Servicios médicos: servicios de cuidado de salud que un médico certificado (Doctor en medicina [M.D., por sus siglas en inglés] o Doctor en medicina osteopática [D.O., por sus siglas en inglés]) proporciona o coordina.

Servicios y dispositivos de habilitación: 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 o para pacientes internados.

Servicios y dispositivos de rehabilitación: 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 otros servicios para personas con discapacidades en una variedad de entornos ambulatorios o para pacientes internados.

Transporte médico de emergencia: los servicios de ambulancia para una afección 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 del centro.

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 કોલ 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.

ह दी (Hindi) भाषा सहायता सेवाएं मुफ्त में प्राप्त करने केलिए ऊपर केनंबर पर कॉि 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 es un producto de Medicaid de Humana Benefit Plan of Illinois, Inc.

ILHN62RSP

Aviso sobre prácticas de privacidad de la ACE 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 algún reclamo.

El presente Aviso de Prácticas de Privacidad se aplica a todas las entidades que forman parte de ACE de seguros, una Entidad Cubierta Afiliada sujeta 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 de la 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 la 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 la salud, como su médico u hospital, así como de empleadores o administradores de planes, agencias de información de crédito y del Medical Information Bureau.

¿Qué información recibimos sobre usted?

La información que recibimos puede incluir datos como su nombre, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de Seguro Social, historial de pagos de primas y su actividad en nuestro sitio web. Esto también incluye información relacionada con su plan de beneficios médicos, sus beneficios de salud y sus evaluaciones de riesgos 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. Aplicamos salvaguardas administrativas, técnicas y físicas para proteger su información de varias maneras, entre las que se incluyen las siguientes:

- 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 utilizamos 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

Tenemos el derecho de usar 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

→ continúa a la página siguiente

Aviso sobre prácticas de privacidad de la ACE de seguros

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

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 haremos preguntas sobre antecedentes familiares.
- 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. Podemos compartir información de salud de nivel resumido con el patrocinador de su plan en ciertas situaciones. 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 su autorización o el patrocinador de su plan debe certificar que acuerda 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 ha optado por no participar, no nos pondremos en contacto 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 farmacodependencia (“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

  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

– continúa a la página siguiente

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

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

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.

¿Utilizaremos 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 autorización 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 comercialización
- 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 ya no es un afiliado?

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

¿Cuáles son mis derechos con respecto a mi información?

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 tiene derecho a recibir un resumen de dicha información de salud. En conformidad con la legislación aplicable, pondremos esta información personal a su disposición o a disposición de su representante designado.
- Decisión adversa de evaluación de riesgo: si rechazamos su solicitud de seguro, tiene derecho a que se le brinde una razón para la denegación.
- Comunicaciones alternativas: para evitar una situación que ponga en peligro su vida, tiene derecho a recibir su información de una manera diferente o en un lugar diferente. Nos adaptaremos a su solicitud, siempre y cuando esta sea razonable.
- Enmienda: usted tiene derecho a solicitar la corrección de cualquiera de estos datos personales mediante enmienda o eliminación. En un plazo de 60 días hábiles a partir de la recepción de su solicitud por escrito, le notificaremos nuestra modificación o supresión de la información en conflicto, o nuestra negación a realizar dicha corrección luego de una investigación adicional.
  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 conflicto.*
- 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 al tratamiento, pago, operaciones 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 sobre la base del costo.
- 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 esas limitaciones, pero si lo hacemos, debemos respetar lo que acordemos. 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.

– continúa a la página siguiente

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

¿Qué debo hacer si creo mi privacidad ha sido violada?

Si cree que violaron su privacidad de alguna manera, puede presentar un reclamo llamándonos al **866-861-2762** en cualquier momento. También puede presentar un reclamo por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés). Le daremos la dirección regional de la OCR apropiada si lo solicita. También puede enviar su reclamo por correo electrónico a **OCRComplaint@hhs.gov**. Si decide presentar un reclamo, sus beneficios no se verán afectados y no aplicaremos sanciones ni tomaremos represalias en su contra en ningún caso.

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 autoriza, 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:

- 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

número que figura en el dorso de su tarjeta de identificación del afiliado.

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



¿Tiene preguntas?

Llame a Servicios para afiliados al 800-787-3311





Humana®
Healthy Horizons®
in Illinois MDSP

ILHN5MCSP