



Indiana PathWays for Aging Manual para los Afiliados

Año del plan 2026

Cuidado Médico Administrado de Medicaid

Fecha de Vigencia: 07/01/24

Índice

Bienvenido a Indiana PathWays for Aging (Caminos de Indiana para el Envejecimiento)

Contáctenos	4
Horario de Atención	4

Colaborar Con Humana Healthy Horizons in Indiana

<u>Asistencia Lingüística</u>	6
Número de Teléfono de Ayuda Lingüística	7
Asistencia Auditiva y del Habla	7

Elegibilidad

Indígena Americano/Nativo de Alaska

Proceso de exclusión del Cuidado Médico Administrado	7
Acceso a Proveedores de Cuidado de la Salud Indígenas	7

Cambio de Planes

Afiliación Abierta	8
Período de Selección del Plan/Cambio de Plan de Salud	8
Cambiarse a Medicare	9

Coordinación de los Servicios de Medicare y Medicaid

Cómo Cambiar de Plan de Salud

Servicios para Afiliados

Tarjeta de Identificación del Afiliado

Tarjeta de Afiliado de Humana	11
Tenga Siempre con Usted su Tarjeta de Identificación del Afiliado	11

Herramientas para un Fácil Acceso

Cuenta de MyHumana	12
Aplicación MyHumana	13

Cambios Demográficos

Administrar sus Beneficios	13
----------------------------------	----

Proveedor Médico de Cuidado Primario

El Papel de su PMP	14
Cómo Elegir a su PMP	14
Libertad de Elección	15
Cómo Cambiar su PMP	15
Cambiar su Proveedor Médico de Cuidado Primario	15
Buscar un Proveedor	15
Directorio de Proveedores	16
Actualizaciones de la Red del Plan de Salud ..	16

Cómo Obtener Ayuda	16
Cuidado Médico para el Bienestar	16
Vacunas	17
Cómo Programar una Cita Médica	17
Cambiar o Cancelar Citas Médicas	18
Calendario de Citas	18
Su Salud es Importante	18
Cómo Acceder al Cuidado Médico	18
Consultar a un Especialista	18
Cuándo y Dónde Obtener Cuidado Médico ..	19
Acceso al Cuidado Médico	19
Cuidado Médico fuera del Horario de Atención	20
Línea de Enfermería Disponible 24/7	20
Cuidado de Urgencia	20
Servicios en Casos de Emergencia	21

Cuidado Posterior a la Estabilización

Línea de Crisis de Salud del Comportamiento las 24 Horas

Transporte

Fuera de la Red

Derecho a Rechazar el Tratamiento	23
Programas y Servicios Cubiertos	23

Servicios Domiciliarios y Comunitarios para Afiliados con la Exención HCBS

Continuación del Cuidado Médico que Recibe	25
---	----

Beneficios Adicionales

Go365 for Humana Healthy Horizons®

Servicios No Cubiertos por Indiana

Pathways for Aging

Servicios Excluidos	32
Copagos	33
Servicios de Autorreferido	33

Servicios para la Salud del Comportamiento y Servicios para Trastornos por Consumo de Sustancias

Línea de Crisis de Salud del Comportamiento	35
Si se ha comunicado con la Línea de Crisis de Salud del Comportamiento (BH, por sus siglas en inglés)	35

Control de la Utilización (UM)

Nuevo Tratamiento Médico

Administración y Coordinación de su Cuidado

Coordinación del Cuidado de la Salud	36	Testamento en Vida	54
Administración del Cuidado de la Salud	36	Comité de Asesoría para Afiliados	55
Administración de Casos Complejos	37	<u>La Discriminación es Ilegal</u>	55
Coordinación del Cuidado y Coordinación de Servicios para los Afiliados que Reciben Servicios para la Salud del Comportamiento.....	37	<u>Otros Detalles del Plan</u>	56
Administración de Casos Complejos y Coordinación de Servicios	37	Avisos de Privacidad.....	56
<u>Programa Right Choices (RCP)</u>	38	Aviso sobre Prácticas de Privacidad	52
<u>Información de Farmacia</u>	38	Opciones	60
Parte D de Medicare	39	Utilizaciones.....	60
Farmacias Participantes	39	<u>Otros Seguros/Subrogación</u>	60
Copago de Farmacia	40	Solicitud de Expedientes Médicos.....	60
Autorización Previa y Plazos.....	40	<u>Palabras y Acrónimos utilizados en este manual</u>	61
¿Qué Sucede si Recibo una Factura de mi Médico?	40	<u>Formulario de Designación de un Representante de la Oficina de Quejas Formales y Apelaciones de Humana Healthy Horizons</u>	63
Información Adicional.....	41		
Cambios en su Plan	41		
Quejas Formales por Causas Justas	41		
Desafiliación por Causa	41		
Redeterminación.....	42		
<u>Cómo y Cuándo Notificar Cambios</u>	42		
A la División de Recursos Familiares (DFR)...	42		
<u>Derechos de los Afiliados</u>	43		
<u>Responsabilidades de los Afiliados</u>	44		
<u>Asistencia y Educación Sobre Incidentes Notificables</u>	45		
<u>Quejas Formales y Apelaciones</u>	46		
Consultas (Preguntas).....	46		
Quejas Formales	46		
Apelaciones.....	47		
Revisión Externa por una Organización de Revisión Independiente.....	49		
Audiencia Imparcial Estatal.....	50		
Continuación de los Beneficios durante el Proceso de Apelación.....	50		
<u>Mediador Estatal/Servicios de Protección para Adultos (APS, por sus siglas en inglés)</u>	51		
<u>Fraude, Malgasto y Abuso</u>	51		
Denuncia de Fraude, Malgasto o Abuso	52		
Líneas de Denuncia de Fraudes.....	53		
<u>Instrucciones Anticipadas</u>	53		
Tipos de Instrucciones Anticipadas Reconocidas en Indiana.....	54		
Instrucciones Anticipadas sobre Salud Mental	54		

Bienvenido a Indiana PathWays for Aging (Caminos de Indiana para el Envejecimiento)

La Administración de Servicios Familiares y Sociales de Indiana (FSSA, por sus siglas en inglés) ofrece servicios de Medicaid para personas mayores de 60 años de edad residentes de Indiana elegibles a través de Indiana PathWays for Aging (PathWays). El programa Indiana PathWays for Aging ayuda a garantizar que los residentes de Indiana puedan elegir envejecer en su hogar y obtener Fácilmente Servicios Comunitarios y Domiciliarios (HCBS, por sus siglas en inglés), en lugar de permanecer en hogares de ancianos a largo plazo, si así lo desean, mejorar los resultados de calidad y la consistencia del cuidado en todos los sistemas de prestación, utilizar los datos para tomar decisiones saludables y promover el apoyo a los cuidadores. Este manual le brindará información sobre cómo funciona su plan Humana Healthy Horizons in Indiana y recursos importantes.

Contáctenos

Dirección postal: Humana Healthy Horizons in Indiana
201 North Illinois Street Suite 1200
Indianapolis, IN 46204

En línea: es-www.humana.com/HealthyIndiana

Número de Teléfono: 866-274-5888 de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes (puede llamar a este número en cualquier momento, pero habrá personal diferente trabajando fuera del horario normal)

TTD/TTY: 711

Horario de Atención

Humana Healthy Horizons in Indiana® está abierto de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este (excepto días festivos). Fuera del horario normal o cuando nuestra oficina está cerrada, como los días festivos importantes, puede:

- Elegir una opción de nuestro menú telefónico que se adapte a sus necesidades.
- Acceder a sus expedientes a través de nuestro sitio web en es-www.humana.com/logon.
- Dejar un mensaje de voz cuando nuestra oficina esté cerrada, y un representante se comunicará con usted al siguiente día hábil.

Humana está cerrado en virtud de los siguientes días festivos importantes:

- Año Nuevo
- Día de Martin Luther King Jr.
- Día de los Caídos
- Día de la Independencia
- Día del Trabajo
- Día de Acción de Gracias
- Navidad

Colaborar Con Humana Healthy Horizons in Indiana

Área de Servicio	Número de teléfono	Información
Línea de Enfermería Disponible 24/7	800-449-9039 o TTD/TTY: 711	El personal de enfermería está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Línea de Crisis de Salud del Comportamiento	855-254-1758 o TTD/TTY: 711	Hable con un profesional de la salud del comportamiento si está experimentando angustia emocional, una crisis de salud mental o por uso de sustancias. Puede llamar en cualquier momento, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Cobertura dental: DentaQuest	866-274-5888 o TTD/TTY: 711	Encuentre un dentista en su área u obtenga más información sobre cambios como teléfono, dirección e ingresos.
Cobertura para la vista: EyeMed	844-961-2057	Llame para programar una cita para sus necesidades de atención de la visión.
Administración de Servicios Sociales y Familiares de Indiana (FSSA)	800-403-0864	Llame a este número para comunicar cualquier cambio de información (su número de teléfono, el número de miembros de su familia, su dirección o sus ingresos).
Línea de ayuda para dejar el tabaco	800-QUIT-NOW	Servicio telefónico gratuito para ayudar a los fumadores a dejar de fumar.
Servicios para Afiliados	866-274-5888 o TTD/TTY: 711	Horario: 8:00 a.m. - 8:00 p.m. L-V, hora del este Llame si tiene preguntas sobre cualquier tema relacionado con la salud.
Servicios de retransmisión de Indiana	800-743-3333 o TTD/TTY: 711	Para los afiliados con pérdida auditiva o del habla, una persona capacitada les ayudará a hablar con alguien utilizando un teléfono estándar.

Área de Servicio	Número de teléfono	Información
Programa de Mediador Estatal	Línea de información/ reclamaciones: 800-622-4484 o 317-232-7134 Número de Fax: 317-972-3285 Correo electrónico: LongTermCareOmbudsman@ombudsman.IN.gov	Estos métodos de contacto se pueden utilizar si usted piensa o siente que puede estar en riesgo de abuso, autonegligencia o explotación, si tiene dificultades, o en necesidad de servicios de protección de adultos (APS, por sus siglas en inglés).
Servicios de Transporte: LCP Transportation	800-936-2794 o TTD/TTY: 711	Para llamadas para organizar el transporte a sus citas médicas.
Control de la Utilización (UM)	866-274-5888 o TTD/TTY: 711	La autorización previa la solicita su médico. El servicio al cliente de la UM puede responder a preguntas generales sobre su autorización.
Cobertura para la vista: Eye Med	888-581-3648 o TTD/TTY: 711	Los Servicios para Afiliados están a su disposición para ayudarle a encontrar información sobre sus beneficios para la vista y sobre cómo encontrar un proveedor en su zona.

Asistencia Lingüística

Si el inglés no es su idioma principal, podemos proporcionarle un intérprete sin costo alguno para usted. Para solicitar asistencia, llame a Servicios para Afiliados.

Si usted es sordo o tiene dificultades auditivas, podemos proporcionarle un intérprete de lenguaje de señas americano sin costo alguno para usted. Para solicitar asistencia, llame a Servicios para Afiliados. Cuando vaya al médico, le pueden ayudar en su idioma o en lenguaje de señas.

Podemos facilitarle material de lectura en el idioma o formato que prefiera. Si necesita el manual para los afiliados y otra información sobre el plan de salud por otros medios, háganoslo saber. Por ejemplo, si necesita la información en otro idioma, en letra de imprenta grande, en Braille o en formato de audio, llame a Servicios para Afiliados. Responderemos a sus preguntas en su idioma.

Podemos ayudarle a hablar con su proveedor de cuidado de la salud o leerle material en cualquier idioma, si lo necesita. Los intérpretes también pueden ayudarle con una queja formal o una apelación cuando no esté conforme con una decisión. Pueden brindar ayuda por teléfono o en persona. Llame a Servicios para Afiliados para solicitar los servicios de un intérprete 24 horas antes de la cita programada.

Número de Teléfono de Ayuda Lingüística

Servicios para Afiliados al 866-274-5888, TTD/TTY: 711

Asistencia Auditiva y del Habla

Si necesita ayuda para oír y hablar, también puede llamar al Servicio de Retransmisión de Indiana al 800-743-3333 o TTD/TTY 711 para servicio TDD/TTD/TTY. Este número puede utilizarse en cualquier lugar de Indiana. Pida al operador que le comunique con Servicios para Afiliados.

Elegibilidad

El programa PathWays está destinado a de 60 años de edad en adelante, persona con discapacidad visual u otra discapacidad, con ingresos y recursos limitados.

Indígena Americano/Nativo de Alaska

Proceso de exclusión del Cuidado Médico Administrado

Las personas que son Indios Americanos o Nativos de Alaska, según lo verificado por el Departamento de Recursos Familiares (DFR, por sus siglas en inglés) de la FSSA, también tendrán la opción de optar por el cuidado médico administrado cuando sean elegibles para el programa PathWays.

Los afiliados Indios Americanos/Nativos de Alaska (AI/AN, por sus siglas en inglés) pueden inscribirse en cualquier momento. Para inscribirse, llame a Indiana PathWays for Aging al 877-284-9294 TTD/TTY: 711.

Indiana PathWays for Aging: 800-403-0864

Fax del DFR: 888-436-9199

Acceso a Proveedores de Cuidado de la Salud Indígenas

Por proveedores de cuidado de la salud indios se entiende un programa de cuidado de la salud operado por el Servicio de Salud Indígena, una Tribu Indígena, una Organización Tribal o una Organización Urbana Indígena. Los afiliados Indios Americanos/Nativos de Alaska que reúnan los requisitos para recibir servicios de un proveedor de cuidado de la salud Nativo Americano participante pueden optar por recibir los servicios cubiertos de un proveedor de cuidado de la salud nativo americano. Si el proveedor participa en la red como Proveedor Médico Primario (PMP, por sus siglas en inglés), puede elegir a ese proveedor como su PMP, si el proveedor tiene capacidad para proporcionar los servicios.

Para verificar si el proveedor de cuidado de la salud Nativo Americano es un PMP o si tiene capacidad para brindar servicios, acceda al directorio de proveedores en es-www.humana.com/findadoctor o llame a Servicios para Afiliados al 866-274-5888 TTD/TTY: 711.

Cambio de Planes

Una vez que esté afiliado en el plan Humana Healthy Horizons in Indiana o que el estado lo afilie en un Plan de Entidad de Cuidado Médico Administrado (MCE, por sus siglas en inglés), tendrá 90 días a partir

de la fecha de su primera afiliación para probar el MCE. Durante los primeros 90 días, puede cambiar de MCE por cualquier motivo. Puede presentar el cambio por teléfono o por escrito. Llame a Indiana PathWays for Aging al 877-284-9294 TTD/TTY: 711. Después de los 90 días, si aún sigue reuniendo los requisitos para Medicaid, quedará afiliado en el plan hasta el siguiente Período de Inscripción Abierta. Esto se denomina “período sin cambios”. También puede cambiar de plan en cualquier momento si tiene una compañía para sus beneficios de Medicare y otra distinta para sus beneficios de Medicaid. Por cualquier otro motivo, solo podrá cambiar de plan una vez por año calendario.

Afiliación Abierta

Si usted es un Afiliado que ha sido asignado a Humana porque tiene Humana para sus beneficios de Medicare, tiene derecho a elegir otro plan de salud dentro de su Período de Inscripción Abierta. Llame a Indiana PathWays for Aging al 877-284-9294 TTD/TTY: 711, para elegir otro plan. Si elige otro plan, quedará comprometido a este hasta el próximo período de inscripción abierta.

Si no elige un nuevo plan de salud durante la inscripción abierta, permanecerá automáticamente afiliado a Humana Healthy Horizons in Indiana.

Período de Selección del Plan/Cambio de Plan de Salud

Con Indiana PathWays for Aging, debe permanecer en el plan de salud elegido durante un período de un año si sigue siendo elegible. Solo puede cambiar de planes durante determinados períodos del año o por determinadas razones que se indican a continuación.

Períodos de Selección del Plan:

La selección del plan puede hacerse en la solicitud o llamando al agente de inscripción dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes al inicio de la cobertura. Si no selecciona un plan, se pondrá en marcha un proceso de asignación dirigido por el estado. La asignación de planes favorecerá la alineación de planes entre Medicare y Medicaid en la mayor medida posible. Pueden tenerse en cuenta otros factores, como el proveedor residencial del afiliado (si corresponde).

Las personas tendrán la posibilidad de cambiar de plan de salud:

- 1) dentro de los sesenta (60) días siguientes al inicio de la cobertura,
- 2) en cualquier momento que sus planes de Medicare y Medicaid se separan (consulte la definición a continuación) (por ejemplo, el afiliado se desafilia de un plan MA a otro durante el Período Especial de Inscripción (SEP, por sus siglas en inglés) trimestral,
- 3) una vez por año calendario por cualquier motivo,
- 4) en cualquier momento en que:
 - Recibe un cuidado de mala calidad, y el agente de inscripción y el estado le dan la razón después de examinar su expediente médico.
 - No puede obtener los servicios que necesita a través de nuestro plan, pero puede obtener los servicios que necesita a través de otro plan.
 - Sus servicios se retrasaron sin un motivo válido.
 - No tiene acceso a Proveedores en su zona o su proveedor médico de cuidado primario se inscribe en otro plan.
 - Incumplimiento por parte del contratista de las normas establecidas para la administración del cuidado médico.

- Barreras lingüísticas o culturales importantes.
- Medidas correctoras impuestas al contratista por la oficina.
- Acceso limitado a una clínica de cuidado primario u otros servicios de salud dentro de una proximidad razonable a su residencia.
- Determinación de que el formulario de otro MCE es más coherente con las necesidades de cuidado de la salud existentes de un nuevo afiliado.
- Falta de acceso a servicios médicamente necesarios cubiertos por el contrato del contratista con el estado.
- El contratista no cubre un servicio por objeciones morales o religiosas.
- Se requiere que los servicios relacionados se realicen al mismo tiempo y no todos los servicios relacionados están disponibles dentro de la red del contratista, y el proveedor del afiliado determina que recibir los servicios por separado expone al afiliado a riesgos innecesarios.
- Otras circunstancias que la oficina o la persona que esta designe determinen que constituyen una mala calidad de la cobertura de cuidado de la salud.

5) Además, durante un período de selección de plan que coincidirá con el período de inscripción abierta de Medicare (de mediados de octubre a mediados de diciembre) que entrará en vigencia el año calendario siguiente.

Un afiliado alineado es alguien que tiene el mismo plan tanto para sus beneficios de Medicare como de Medicaid. Por ejemplo, si tiene Humana para su plan de Medicare y también para sus beneficios de Medicaid.

Un afiliado no alineado es alguien que tiene un Plan para sus beneficios de Medicare y otro diferente para sus beneficios de Medicaid. Por ejemplo, si tiene Medicare tradicional y Humana para sus beneficios de Medicaid.

Si tiene alguna pregunta sobre si puede cambiar de plan, llame a Indiana PathWays for Aging al 877-284-9294 TTD/TTY: 711.

Elección de Medicare:

- Para afiliarse, un afiliado potencial que reúna los requisitos para Medicare debe:
 - o Afiliarse y permanecer afiliado en todas las partes de Medicare para las que el afiliado potencial es elegible (Medicare Parte A, Parte B o Parte D).
 - o Obtener todos los beneficios de la Parte A, la Parte B y la Parte D de Medicare, si reúne los requisitos, del Plan de Necesidades Especiales del MCE.
- Si cumple los requisitos de Medicare después de la afiliación, el afiliado deberá afiliarse en todas las partes de Medicare para las que cumpla los requisitos.

Cambiarse a Medicare

Si cumple los requisitos para un programa de Medicare, deberá solicitarlo. También si tiene más de 65 años o tiene alguna discapacidad. Medicare le ayudará a solicitarlo a medida que se acerque su cumpleaños número 65.

Cuando pasa de su plan de salud actual a un programa de discapacidad o de Medicare, su fecha de inicio puede ser una fecha anterior. Cuando cambia su cobertura puede recibir beneficios diferentes. La selección del plan puede hacerse llamando al agente de inscripción dentro de los sesenta (60)

días calendario posteriores al inicio de la cobertura. Estamos aquí para asegurarnos de que reciba ayuda para sus beneficios de Medicare y Medicaid, sin tener que llamar a nadie. Seremos su plan de Medicare si ya está inscrito en nuestro plan de Medicaid.

Cuando se afilia en Medicaid con Humana Healthy Horizons in Indiana y es elegible para un Plan de Necesidades Especiales para Personas con Doble Elegibilidad de Medicare (D-SNP, por sus siglas en inglés), puede afiliarse automáticamente en Humana Medicare para su D-SNP.

Si tiene preguntas sobre sus opciones de Medicare, llame a SHIP al para obtener ayuda al (800) 452-4800 TTY/TTD: 711. SHIP es el Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés). Se trata de un programa de asesoramiento gratuito e imparcial para ayudar a tomar decisiones sobre las opciones de seguro de salud relacionadas con Medicare.

Coordinación de los Servicios de Medicare y Medicaid

Humana Healthy Horizons in Indiana se encargará de todos sus servicios de Medicare y Medicaid. Esto incluye el Medicare tradicional, los planes Medicare Advantage no alineados, los Planes de Necesidades Especiales para Afecciones Crónicas (C-SNP, por sus siglas en inglés) y los Planes de Necesidades Especiales Institucional (I-SNP, por sus siglas en inglés).

Humana Healthy Horizons in Indiana es responsable de proporcionarle los servicios cubiertos por Medicaid que sean necesarios por razones médicas. Si el servicio no está cubierto por Medicare, puede tener cobertura a través de los beneficios de Medicaid. Humana colaborará con los pagadores de Medicare, los planes Medicare Advantage y los proveedores de Medicare según corresponda para coordinar el cuidado y los beneficios que usted recibe. Se coordinan con las agencias estatales y de servicios sociales y con las organizaciones comunitarias (CBO, por sus siglas en inglés) pertinentes según sea necesario para identificar y atender mejor sus necesidades médicas y sociales.

Cómo Cambiar de Plan de Salud

En determinados momentos del año, puede optar por cambiar de plan de salud. Puede quedarse con su plan de salud actual o cambiarse a otro. Solo puede cambiar de plan de salud durante el período de selección del plan. Los afiliados del Programa Right Choices no pueden cambiar de plan.

Los afiliados de PathWays tienen la posibilidad de elegir el plan durante los primeros 60 días calendario en los que son elegibles para la cobertura. Esté atento a un aviso sobre el momento de la selección de su plan PathWays.

Servicios para Afiliados

Llame a Servicios para Afiliados o visite es-www.humana.com/healthyIndiana para obtener más información:

- Beneficios médicos, elegibilidad, reclamaciones o proveedores participantes.
- Beneficios farmacéuticos, cobertura o farmacias participantes.
- Si es necesaria una autorización previa para obtener un servicio.
- Qué servicios están cubiertos y cómo utilizarlos.
- Cómo recibir una nueva tarjeta de Identificación del Afiliado.
- Notificar la pérdida de la tarjeta de Identificación del Afiliado.
- Seleccionar o cambiar de PMP.

- Actualizar su información demográfica, como la dirección postal, el número de teléfono y la dirección de correo electrónico.
- Presentar un reclamo, queja formal o apelación.
- Cómo colaboramos con otros planes de salud si usted tiene otro seguro.
- Nuestra estructura y funcionamiento.

Para solicitar un proveedor que hable el mismo idioma que usted. Para un servicio más rápido, tenga a mano su número de Identificación de Afiliado de Humana.

Tarjeta de Identificación del Afiliado

Tarjeta de Afiliado de Humana

Humana le enviará una tarjeta de identificación del afiliado. Su tarjeta de identificación del afiliado es muy importante. Debe tenerla para utilizar sus beneficios. Debe entregar su tarjeta de identificación al personal médico antes de utilizar cualquier servicio o consultar al médico.

El anverso contiene información personal y el reverso, números de teléfono importantes.

Los beneficios de Medicare y los de Medicaid son diferentes. A veces, Medicare puede no cubrir un servicio, pero Medicaid sí. Para más información, consulte la sección “Coordinación de los Servicios de Medicare y Medicaid”.

Humana Healthy Horizons. in Indiana

Humana Healthy Horizons in Indiana es un Producto de Medicaid de Arcadian Health Plan, Inc.

JOHN X DOE

Identificación de Medicaid: 000000000000

Fecha de vigencia: XX/XX/XX

RxGRP: INM01

RxBIN: 610649

RxPCN: 03191506



En caso de emergencia, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias más cercana. Después del tratamiento, llame a su PMP en un plazo de 24 horas o lo antes posible.

Servicios para Afiliados/Proveedores: 866-274-5888 (TTY: 711)

Línea de asesoramiento de enfermería para afiliados las 24 horas: 800-449-9039

Línea de crisis de salud del comportamiento para afiliados las 24 horas: 855-254-1758

Servicios y apoyos a largo plazo: 866-274-5888

Autorización previa de farmacia: 800-555-2546

Consultas sobre medicamentos recetados en la farmacia: 855-816-6461

Visítenos en: **es-www.humana.com/mcicaid/indiana**

Envíe las reclamaciones por correo a la dirección que se indica abajo o visite Avality.com

Humana Claims, P.O. Box 14169, Lexington, KY 40512-4169

Tenga en cuenta: A partir de este momento, este documento en formato PDF cumple con las pautas de Cumplimiento/del Estado y podría estar sujeto a cambios en cualquier momento. Se enviará una notificación si cambian las pautas de Cumplimiento.

Si tiene esta tarjeta, solo tiene Pathways for Medicaid.

Humana.

HUMANA GOLD PLUS INTEGRATED (HMO-POS D-SNP)

TARJETA EMITIDA: MM/DD/AAAA

JOHN X DOE

Id. de Medicare: XXXXXXXXXXXX

Id. de Medicaid: XXXXXXXXXXXX

Plan (80840) 9140461101

RxBIN: 015581

RxPCN: 03200000

RxGRP: XXXXX



En caso de emergencia, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias más cercana. Luego del tratamiento, llame a su médico de atención primaria (PMP, por sus siglas en inglés) dentro de las 24 horas o tan pronto como pueda.

Medicare Rx
Prescription Drug Coverage
CMS XXXXX XXX

Servicios para Afiliados/Proveedores: 1-866-274-5888

Línea de prevención del suicidio y crisis: 988

Línea de asesoramiento de enfermería para afiliados las 24 horas: 1-800-449-9039

Línea de crisis de salud del comportamiento para afiliados las 24 horas: 1-855-254-1758

Servicios Y Apoyo A Largo Plazo: 1-866-274-5888

Autorización Previa De Farmacia: 1-800-555-2546

Si utiliza un TTY, llame al 711 | Visítenos en: **es-www.humana.com**

Medicare Claims, P.O. Box 14601, Lexington, KY 40512-4601

Medicaid Claims, P.O. Box 14169, Lexington, KY 40512-4169

Beneficios adicionales: DENXXX VISXXX HERXXX

Eyemed Vision: XXX-XXX-XXXX

Si tiene esta tarjeta, tiene Humana PathWays Dual Plan. Para obtener más información sobre este plan, visite es-www.humana.com.

Tenga Siempre con Usted su Tarjeta de Identificación del Afiliado

Nunca permita que nadie más use su Tarjeta de Identificación del Afiliado. Asegúrese de mostrar su Tarjeta de Identificación del Afiliado de Humana cada vez que reciba servicios de cuidado de la salud. La necesita cuando:

- Visite a su médico
- Visite a cualquier otro proveedor de cuidado de la salud
- Acuda a una sala de emergencias
- Acuda a un centro de cuidado de urgencia
- Acuda a un hospital
- Reciba tratamiento de salud mental o por uso de sustancias
- Obtiene suministros médicos
- Obtiene una receta
- Se haga pruebas médicas

Asegúrese de tener una identificación con fotografía. Su médico o proveedor puede pedirle su tarjeta de Humana y un documento de identidad con fotografía para validar su identidad.

Cuando nos llame, tenga a mano el número de Identificación del Afiliado que figura en su tarjeta de Identificación del Afiliado de Humana. Esto nos ayudará a brindarle servicios con más rapidez. Llame a Servicios para Afiliados si:

- No ha recibido su tarjeta de identificación de Humana.
- Cualquier información en la tarjeta es incorrecta.
- Pierde su tarjeta.
- Tiene preguntas sobre cómo utilizar su tarjeta de Identificación del Afiliado de Humana.

También puede ver y descargar una copia visitando es-www.humana.com o descargando la aplicación Humana App.

Herramientas para un Fácil Acceso

Cuenta de MyHumana

Tendrá que crear una cuenta MyHumana entrando en es-www.humana.com/logon y seleccionando “Register now” (Registrarse ahora).

Su cuenta de MyHumana es personal y privada. Puede acceder a su cuenta de MyHumana desde su dispositivo móvil o desde su computadora. Cuando inicie sesión con su nombre de usuario, tendrá acceso a información clave sobre la cobertura y a herramientas y recursos útiles para los Afiliados. También puede llamar a Servicios para Afiliados al 866-274-5888 TTD/TTY:711 si tiene preguntas.

Aplicación MyHumana

Descargue la aplicación de MyHumana para iPhone o Android en la tienda App Store o Google Play.

Utilice su plan desde cualquier lugar con la aplicación móvil gratuita. La aplicación le permite:

- Revisar su último resumen de salud
- Acceder a su tarjeta de Identificación del Afiliado de Humana con un solo toque
- Encontrar un proveedor

*La aplicación MyHumana puede incluso usar su ubicación actual para encontrar al proveedor de la red más cercano.

*Podría ser necesario que active la opción para compartir ubicación en su teléfono.

Cambios Demográficos

Queremos asegurarnos de poder comunicarnos con usted en todo momento en relación con su cuidado. No queremos perderlo como afiliado. Es importante que nos informe si la información de su solicitud de Medicaid cambia. Debe comunicar cualquier cambio al DFR, en un plazo de 10 días calendario. Si no se informan los cambios dentro de los 10 días calendario, es posible que se pierdan beneficios médicos. Entre los cambios que debe comunicar en un plazo de 10 días calendario se incluyen:

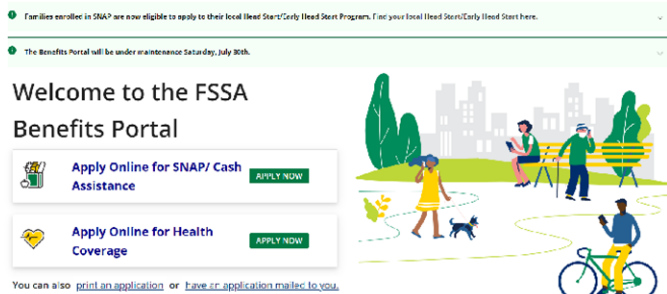
- Cambio de dirección física/postal o cambio en la información de contacto.
- Cambios en los ingresos del grupo familiar. Por ejemplo, aumento o disminución de las horas de trabajo, aumento del salario, cambio de puesto de trabajo.
- Cambio en el tamaño o las relaciones del grupo familiar. Por ejemplo, se casa o se divorcia.
- Usted u otros Afiliados son elegibles para otra cobertura de seguro de salud, como seguro de salud de un empleador, Medicare, TRICARE u otros tipos de cobertura de salud.
- Modificaciones en la situación migratoria.
- Encarcelamiento o prisión.
- Si empieza a presentar declaraciones de impuestos federales sobre la renta o deja de hacerlo.
- Cambios en su declaración de impuestos federales sobre la renta.
- Modificación de la base imponible en la página uno del formulario del impuesto sobre la renta.

Comunique al DFR cualquier cambio demográfico o cualquier otra información que pueda afectar la elegibilidad, llamando al 800-403-0864 de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Afiliados de Humana Healthy Horizons in Indiana: 866-274-5888 TTD/TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este.

Administre Sus Beneficios

Otra opción para comunicar cualquier cambio es a través del Portal de Beneficios de la FSSA. La FSSA ha desarrollado una herramienta en línea que le permite administrar sus beneficios, notificar cambios, imprimir pruebas de elegibilidad y consultar sus notificaciones/correspondencia. El Portal de Beneficios se encuentra en <https://fssabenefits.in.gov/bp/#/>.



Proveedor Médico de Cuidado Primario

El Papel de Su PMP

Su Proveedor Médico de Cuidado Primario o PMP es el principal proveedor de cuidado de la salud al que consulta regularmente. Su PMP conocerá su historia clínica y sus necesidades de salud. Cuando necesite cuidado médico, debe consultar primero a su PMP. Su PMP se ocupará de la mayoría de sus necesidades habituales de cuidado de la salud.

Si es necesario, su PMP lo referirá a otros médicos (especialistas) o lo internará en el hospital. Su PMP colaborará con usted en todas sus preocupaciones relacionadas con la salud.

Para comunicarse con su PMP, llame a su consultorio. Es importante que visite a su PMP lo antes posible. Esto ayudará a su PMP a conocerlo y a comprender sus necesidades de cuidado de la salud. Si va a consultar a un nuevo médico, asegúrese de llevar con usted todos sus expedientes médicos anteriores o pida que se los envíen a su médico nuevo.

Cómo Elegir a su PMP

Ahora que ha seleccionado Humana Healthy Horizons in Indiana, el siguiente paso es elegir un PMP. Si está afiliado en el programa Indiana PathWays for Aging, deberá elegir un PMP dentro de la red. Es el médico principal al que acudirá para sus exámenes médicos anuales, los exámenes médicos rutinarios, las consultas por enfermedad o de bienestar, y para las vacunas (inyecciones).

Su PMP puede ser cualquiera de los siguientes:

Profesionales de Enfermería de Práctica Avanzada (APN, por sus siglas en inglés)	Ginecólogos
Endocrinólogos (si se dedican principalmente a la medicina interna)	Médicos de Medicina Interna
Médicos de medicina familiar	Asistentes Médicos
Profesionales médicos generalistas	Geriatras

Puede elegir su PMP, o puede que le asignen uno. Si no tiene un PMP, le asignaremos uno según su lugar de residencia y si el PMP acepta nuevos pacientes.

Llame a Servicios para Afiliados al 866-274-5888 (TTD/TTY: 711) si necesita ayuda para seleccionar un PMP, o puede visitar el Portal “Find a Provider” (Buscar un Proveedor) en es-www.humana.com/findadoctor. También puede utilizar este enlace para comprobar si su médico actual es proveedor de Medicaid. Si no es así, no podremos pagarle los servicios que utilice a través de ellos.

Libertad de Elección

Tiene derecho a elegir entre los proveedores de nuestra red quién le brindará cuidado. Puede cambiar a otro proveedor de la red de Humana en cualquier momento que desee. Si decide cambiar de PMP le enviaremos una tarjeta nueva de identificación de Afiliado con el nombre del nuevo PMP.

Cómo Cambiar su PMP

Puede llamar a Servicios para Afiliados para cambiar su PMP. Puede que le pregunten por qué quiere cambiar de médico. Si en algún momento desea o necesita cambiar su PMP, llame a Servicios para Afiliados para que le ayuden.

Humana Healthy Horizons no toma decisiones de cobertura basadas en creencias morales o religiosas. Puede tener una necesidad de salud que un determinado médico u hospital no pueda tratar por sus creencias morales o religiosas. Si esto ocurre, el médico debe decírselo. Entonces, puede decidir ir a otro médico u hospital para recibir cuidados.

Cambiar su Proveedor Médico de Cuidado Primario

Servicios para Afiliados puede ayudarle a encontrar su nuevo PMP cuando:

- Se acaba de mudar.
- Su médico se ha mudado o ya no pertenece a nuestra red.
- No está conforme con el cuidado que recibe de su plan de salud.
- Alguien en el consultorio de su PMP le trató de forma grosera.
- Su médico no le devuelve las llamadas.
- Tiene problemas para obtener el cuidado que desea o que su médico dice que necesita.

A veces, los PMP nos informan que se mudarán, se jubilarán o abandonarán nuestra red. Esto se denomina renuncia voluntaria. Si esto ocurre con su PMP, se lo comunicaremos por correo en un plazo de 30 días calendario antes de la fecha efectiva de la terminación o 15 días calendario después de que nos enteremos de la terminación del PMP. También le ayudaremos a buscar un nuevo médico.

Número de Teléfono de Servicios para Afiliados 866-274-5888, TTD/TTY: 711

Buscar un Proveedor

Contamos con una herramienta fácil de utilizar Buscar un Proveedor. Esta herramienta puede ayudarle a buscar cualquier proveedor de cuidado de la salud dentro de nuestra red, como un Hospital, Especialistas, Empresas de Suministros Médicos, etc. Nuestro sitio web incluye instrucciones sencillas para ayudarle a encontrar exactamente lo que necesita. Solo tiene que visitar [es-www.humana.com/finder/medical](https://www.humana.com/finder/medical).

También puede llamar a Humana al 866-274-5888 (TTD/TTY 711/TTD) para que le ayuden a encontrar un proveedor. Si prefiere un PMP que tenga la misma cultura, etnia o raza que usted, llame para consultar si hay alguien en la red.

Directorio de Proveedores

Humana Healthy Horizons in Indiana brinda a los afiliados un Directorio de Proveedores actualizado para ayudarle a encontrar un proveedor en nuestra red. El directorio se encuentra en nuestro sitio web y está disponible para que pueda buscar según sus criterios (algunos ejemplos son la ubicación, la especialidad, las competencias profesionales y el estado de certificación en su especialidad). Puede consultar es-www.humana.com/medicaid/indiana/support/provider-directories para obtener los Directorios de Proveedores de Humana Healthy Horizons in Indiana. Llame a Servicios para Afiliados si desea que le envíen por correo un Directorio de Proveedores impreso. 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.

Actualizaciones de la Red del Plan de Salud

Humana Healthy Horizons in Indiana publicará cualquier actualización de la red de proveedores al menos 30 días calendario antes de la fecha de entrada en vigor del cambio. Esto significa que si se produce un cambio que pueda afectar a su cuidado, el plan de salud le brindará la información en un plazo de 15 días calendario.

Cómo Obtener Ayuda

Es importante que usted reciba el mejor cuidado de nosotros y de sus proveedores. Si tiene alguna duda o pregunta, puede llamar a Servicios para Afiliados al 866-274-5888 (TTD/TTY: 711). Servicios para Afiliados puede ayudarle en asuntos como:

- Responder a preguntas sobre cualquier aspecto de su cuidado de la salud.
- Encontrar cuidado y tratamiento.
- Buscar un médico.
- Entender cómo funcionan los beneficios.

Cuidado Médico para el Bienestar

Consulte a su PMP sobre el cuidado para el bienestar. Esto significa consultar al médico al menos una vez al año, aunque no se sienta enfermo. Los controles, las pruebas de detección y los exámenes periódicos pueden ayudar a su médico a detectar y tratar problemas de manera temprana, antes de que se vuelvan graves.

El cuidado médico para el bienestar incluye vacunas, pruebas de detección de la diabetes y pruebas de detección para la salud y el bienestar. El cuidado para el bienestar también incluye pruebas de detección de enfermedades crónicas e infecciosas comunes y cánceres, intervenciones clínicas y del comportamiento para gestionar las enfermedades crónicas y reducir los riesgos asociados, y asesoramiento para apoyar una vida sana y el automanejo de las enfermedades crónicas.

Todas las consultas para el Bienestar son pagadas por Humana Healthy Horizons in Indiana. Le animamos a que utilice todos los servicios de consultas para el Bienestar.

Consulte en el cuadro a continuación para conocer los servicios de cuidado preventivo para hombres y mujeres adultos.

Servicios de Cuidado Preventivo	Mujeres de Más de 60 Años	Hombres de Más de 60 Años
Examen Físico Anual	X	X
Análisis de Glucosa en la Sangre*	X	X
Prueba de Detección de Clamidia	X	
Prueba de Detección del Colesterol*	X	X
Pruebas de Detección del Cáncer Colorrectal	X	X
Exámenes Dentales	X	X
Examen de la Vista	X	X
Mamografía	X	
Prueba de Papanicolaou	X	

*Estos servicios suelen brindarse anualmente o cuando lo recomiende su médico.

Vacunas

Las vacunas son inyecciones que protegen al organismo de enfermedades y dolencias. Algunas vacunas requieren vacunas de seguimiento o “refuerzos”. Consulte a su médico para asegurarse de que tiene todas las vacunas recomendadas para su edad. Estas son las vacunas recomendadas para adultos:

- COVID-19
- DTaP (difteria, tétanos, tos ferina)
- Influenza
- Hepatitis B
- Hib (Haemophilus influenzae tipo B)
- Vacuna antineumocócica conjugada (PCV15 o PCV20)
- Herpes
- Tdap (tétanos, difteria y tos ferina)

Para ver la lista completa de vacunas, consulte el sitio web de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) en [Calendario de vacunación para adultos por edad \(Anexo actualizado el 7 de agosto de 2025\) | Vacunas e Inmunizaciones | CDC](#).

Estas vacunas se administran en determinados momentos. Puede parecer que hay varias vacunas, pero las vacunas son necesarias para prevenir enfermedades. Si no está seguro de tener todas las vacunas recomendadas, hable con su médico de inmediato.

Cómo Programar una Cita Médica

Para programar una cita, llame al consultorio de su PMP y solicítela. Cuando llame, asegúrese de tener a mano su tarjeta de Identificación del Afiliado. Dígales que es afiliado de Medicaid y bríndeles la información de su tarjeta de identificación del afiliado.

Cuando consulte a su PMP, este le ayudará a comprender sus necesidades médicas. En su primera cita, su PMP:

- Le hará preguntas sobre su salud actual y su historia clínica.

- Le brindará información sobre cómo mantener su salud.
- Programará las pruebas y los servicios de cuidado preventivo que necesite.

Cambiar o Cancelar Citas Médicas

Es importante que asista a sus consultas programadas con los médicos. A veces, suceden cosas que le impiden ir al médico. Si necesita cambiar o cancelar su cita, llame al consultorio médico al menos 24 horas antes de su cita o tan pronto como pueda. Siempre es mejor informar al consultorio médico si no puede estar allí. Llame a Servicios para Afiliados si necesita ayuda.

Calendario de Citas

Para programar una cita con un proveedor, llame a su consultorio. El consultorio del proveedor programará las citas lo antes posible. Si tiene problemas para programar una cita, puede llamar a Servicios para Afiliados para obtener ayuda.

Su Salud es Importante

Se detallan a continuación algunas maneras para mantener o mejorar su salud:

- Establecer una relación con su PMP.
- Asegurarse de hacerse exámenes médicos periódicos con su PMP.
- Asegurarse de que si padece una afección crónica (como asma o diabetes) consulta al médico con regularidad. También debe seguir el tratamiento que le haya indicado su médico. Asegúrese de tomar los medicamentos que le han recetado.

Recuerde que la Línea de Enfermería está disponible las 24 horas, 800-449-9039 o TTD/TTY: 711 está disponible para ayudarle. Puede llamar al número que figura en su tarjeta de Identificación del Afiliado las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

Humana tiene programas que pueden ayudarle a mantener o mejorar su salud. Llámenos por teléfono para obtener más información sobre estos programas al: 866-274-5888 (TTD/TTY: 711).

Cómo Acceder al Cuidado Médico

Un PMP es un proveedor médico de cuidado primario. Su PMP es su socio de la salud. Debe llamarlo primero cuando necesite cuidado de la salud. Trabjará con usted en todas sus necesidades de cuidado de la salud. Por lo general, su PMP podrá ayudarle en lo que necesite. Si su PMP no puede tratar su dificultad de salud, le referirá a otro lugar para recibir cuidados.

Consultar a un Especialista

Su PMP puede enviarle a un especialista para recibir cuidados o tratamientos especiales. Le ayudará a elegir un especialista que le brinde el cuidado que necesita. Es posible que necesite nuestro permiso para consultar a un especialista o recibir determinados cuidados. Su PMP sabe cuándo pedir permiso.

El personal del consultorio de su PMP puede ayudarle a programar una cita con un especialista. Asegúrese de informar a su PMP y a su especialista todo lo que pueda sobre su salud. Si su especialista o cualquier otro proveedor no pertenece al Plan Humana, deberá obtener el permiso de Humana antes de brindarle cuidado. Es posible que también pueda necesitar un referido de su PMP.

Si tiene dudas sobre su plan de cuidado, puede pedir una segunda opinión. Pedir una segunda opinión puede ayudarle a asegurarse de que su plan de cuidado es el adecuado para usted. Para obtener una segunda opinión, llame al consultorio de su PMP o llame a Servicios para Afiliados al 866-274-5888 (TTD/TTY 711/TTD).

Cuándo y Dónde Obtener Cuidado Médico

Es importante saber cuándo y dónde puede obtener el cuidado médico que necesita. A veces, puede parecer difícil decidir dónde debe acudir cuando Humana tiene muchas opciones de cuidado. El siguiente cuadro muestra algunas opciones de cuidado y cuándo son la mejor opción para su uso.

Proveedor Médico de Cuidado Primario (PMP)	Exámenes médicos y físicos; vacunas; pequeños dolores y molestias.
Telesalud	Para problemas menores cuando no puede ver a su PMP en el consultorio. La telesalud consiste en consultar a su médico de forma remota, generalmente mediante una videollamada por teléfono.
Clínica de Cuidado Conveniente	Para problemas menores cuando su PMP no está disponible.
Cuidado de Urgencia	Para problemas que podrían convertirse en emergencias si no se tratan durante 12 horas.
Sala de Emergencias (ER, por sus siglas en inglés)	Emergencias que ponen en peligro la vida.

Acceso al Cuidado Médico

El siguiente cuadro le dará una idea de cuándo puede esperar obtener una cita con su proveedor.

Tipo de Proveedor	Categoría de Cita	Normas de Citas
PMP	Rutina	No debe exceder 30 días calendario
	Urgente	En un plazo de 24 horas
	Emergencia	Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
	Examen Ginecológico de Rutina/ paciente nuevo	30 días calendario
	Examen Físico Anual	90 días calendario
Especialista	Rutina	No debe exceder 30 días calendario
	Urgente	En un plazo de 24 horas
	Emergencia	Las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Tipo de Proveedor	Categoría de Cita	Normas de Citas
Salud del Comportamiento	Emergencia que no pone en peligro la vida	No debe exceder 6 horas
	Urgente	No debe exceder 24 horas
	Emergencia	Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
	Consulta inicial para cuidados rutinarios	No debe exceder 10 días hábiles
	Cuidado rutinario de seguimiento	No debe exceder 30 días calendario según la afección
	Cita de seguimiento para pacientes ambulatorios	Dentro de los 7 días siguientes al alta de la hospitalización de salud del comportamiento

Cuidado Médico fuera del Horario de Atención

La cobertura fuera del horario normal del Proveedor Médico de Cuidado Primario está disponible para usted las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Humana mantiene normas que su Proveedor Médico de Cuidado Primario debe seguir. Su Proveedor Médico de Cuidado Primario (o proveedor designado) responderá a su llamada telefónica después del horario normal en inglés y español. La cobertura fuera de horario normal para su PMP puede incluir un servicio de contestador automático o un servicio de llamadas compartido con otros proveedores médicos.

Línea de Enfermería Disponible 24/7

Puede llamar en cualquier momento para hablar con un profesional de enfermería registrado atento y con experiencia al 800-449-9039 o TTD/TTY: 711. Es una llamada gratis. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. La Línea de Enfermería puede ayudarle a lo siguiente:

- Decidir si necesita ver a su médico.
- Decidir si debe acudir a la sala de emergencias.
- Responder a preguntas generales sobre su salud.
- Aprender sobre una afección médica o diagnóstico reciente.
- Preparar una lista de preguntas para hacer al médico cuando vaya a la consulta.
- Obtener información adicional sobre medicamentos recetados o medicamentos de venta sin receta.
- Obtener información sobre estudios médicos o intervenciones quirúrgicas.
- Aprender sobre nutrición y bienestar.

Cuidado de Urgencia

El Cuidado de Urgencia no es el Cuidado Médico en Casos de Emergencia. Se necesita Cuidado de Urgencia cuando tiene una lesión o enfermedad que debe tratarse en un plazo de 12 horas. Su salud o su vida, por lo general, no están en peligro, pero no puede esperar a ver a su PMP o el evento ocurre después del cierre del consultorio.

Si necesita Cuidado de Urgencia fuera del horario de atención del consultorio y no puede comunicarse con su PMP, puede hablar con un profesional de enfermería las 24 horas del día

llamando a la Línea de Enfermería al 800-449-9039 o TTD/TTY: 711. También puede buscar el centro de Cuidado de Urgencia más cercano en nuestro sitio web en es-www.humana.com/FindADoctor para ver el directorio de proveedores, o llamar a Servicios para Afiliados al 866-274-5888 (TTD/TTY: 711).

Servicios en Casos de Emergencia

Una emergencia es una afección médica con síntomas graves que pueden poner en peligro su vida o causarle daños graves. Algunos ejemplos de problemas de salud que requieren tratamiento de emergencia son los siguientes:

- Un accidente grave
- Huesos fracturados
- Desmayo, dificultad para respirar, dolor torácico intenso, vómitos intensos
- Sobredosis
- Quemaduras mayores
- Intoxicación
- Dolor intenso en el pecho
- Diarrea severa
- Lesiones graves
- Dolor de estómago intenso
- Vómitos intensos
- Dificultad para respirar
- Pensamiento de lastimarse a sí mismo o a otros
- Hemorragia incontrolada, quemaduras mayores, ataques/convulsiones

Cuando busque cuidado de emergencia, tiene derecho a utilizar cualquier hospital u otro sitio para cuidado médico en casos de emergencia. Las consultas a la sala de emergencias no requieren autorización previa para los servicios de emergencias.

Para cuidado médico en casos de emergencia, llame al 911 o diríjase a la ER más cercana. No nos llame antes de llamar al 911.

Si no está seguro de si se trata de una emergencia, llame a su PMP. Si no puede comunicarse con el consultorio de su PMP, puede llamar a nuestra Línea de Enfermería, disponible las 24 horas al 800-449-9039 o TTD/TTY: 711.

Cuidado Posterior a la Estabilización

El cuidado posterior a la estabilización es el cuidado médico que se le brinda después de que usted recibió servicios médicos de emergencia. Este cuidado ayuda a mejorar o resolver su dificultad de salud o a evitar que empeore. No importa si recibe cuidado médico en casos de emergencia 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. El cuidado médico posterior a la estabilización no requiere autorización previa.

Línea de Crisis de Salud del Comportamiento las 24 Horas

Si está en crisis y no está seguro de si el problema es una emergencia, llame a nuestra Línea de Crisis al 855-254-1758 o TTD/TTY: 711. Es una llamada gratis. Los servicios de intervención en crisis están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Nuestro personal capacitado de salud del comportamiento puede ayudarle:

- Si cree que representa un peligro para usted o para los demás.
- Si no puede llevar a cabo las actividades de la vida diaria debido a su estrés, depresión, ansiedad, problemas emocionales o el uso de sustancias.

Transporte

PathWays incluye beneficios de transporte (viaje). Los viajes a los lugares indicados a continuación son parte de estos planes, incluido el transporte médico que no es de emergencia.

- Cualquier consulta médica o cita de cuidado de la salud
- Citas con el Estado para la redeterminación de la elegibilidad
- Citas urgentes (previa autorización) y recurrentes

Programe un viaje al menos dos días hábiles antes de su cita. Recuerde que si tiene una emergencia, debe llamar al 911 o acudir directamente a la sala de emergencias más cercana. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Afiliados al 866-274-5888 (TTD/TTY 711/TTD).

Cuando utilice los servicios de transporte, siga estas reglas:

- Espere al conductor en la acera, en el lugar para recoger y dejar personas. El conductor solo puede esperar 30 minutos. Si espera demasiado, se irá y perderá el viaje.
- Si necesita cancelar su viaje, debe llamar al menos dos horas antes de la hora programada para recogerlo.

Después de recibir cuidados, usted o el consultorio médico puede llamar a la empresa de transporte para que le lleven de vuelta a casa. Si necesita que le surtan una receta en el consultorio antes de salir, coordine con su médico para hacerlo antes de llamar al conductor para que le lleven de vuelta a casa. Deberá informar a su conductor de la parada en la farmacia cuando programe el viaje de vuelta a casa.

Para obtener ayuda con sus necesidades de transporte de Medicare, comuníquese con CareCar al: 888-888-3340 (TTY: 711). Los Agentes Regulares del Centro de Llamadas para Reservaciones están disponibles para responder llamadas fuera del horario de atención las 24 horas del día, durante todo el año.

Para obtener ayuda con sus necesidades de transporte de Medicaid, comuníquese con LCP al: 800-936-2794, disponible las 24 del día, los 7 días de la semana.

Si no está seguro de a qué proveedor de transporte debe llamar, podemos ayudarle. No dude en llamar a nuestra línea de Servicios para Afiliados al 866-274-5888 (TTD/TTY 711/TTD).

Fuera de la Red

Si necesita servicios que sean necesarios por razones médicas, autorizaremos su cuidado fuera de la red si no hay ningún proveedor dentro de la red que brinde los servicios. Humana colaborará con el

proveedor fuera de la red para confirmar que cualquier costo para usted no sea superior al que sería si el servicio lo brindara un proveedor de la red. Humana también tiene en cuenta la continuidad del cuidado y las necesidades de cuidado especializado a largo plazo, como el tratamiento del cáncer o los servicios de trasplante. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para obtener servicios fuera de la red, llame a Servicios para Afiliados al 866-274-5888 (TTD/TTY 711/TTD).

Derecho a Rechazar el Tratamiento

Usted tiene derecho a:

- Recibir información sobre su salud. También se le puede dar a su representante autorizado, o se le puede dar a una persona que usted designó de contacto en una emergencia cuando no es lo mejor para su salud dársela a usted.
- Hacer preguntas y obtener información completa sobre su salud y opciones de tratamiento de una manera que usted pueda entender. Esto incluye cuidado de especialidad.
- Tener una conversación franca de cualquier opción de tratamiento apropiada o necesaria por razones médicas para su afección, independientemente del costo o la cobertura de beneficios.
- Tomar parte activa en las decisiones sobre su cuidado de la salud, a menos que no sea lo mejor para usted.
- Aceptar o rechazar un tratamiento o una terapia. Si lo rechaza, el médico o Humana debe informarle qué podría suceder. Incluirán una nota en su expediente médico.
- Negarse a seguir adelante con cualquier servicio médico o tratamiento, o a aceptar cualquier servicio de salud si no quiere o no está de acuerdo por motivos religiosos (esto también es para un niño si el padre, madre o tutor se siente de esta manera).

Programas y Servicios Cubiertos

Humana Healthy Horizons in Indiana ofrece dos tipos de paquetes de beneficios estatales a nuestros afiliados. El primero es el Plan Estatal de Medicaid, que incluye el centro de enfermería, la salud en el hogar y el cuidado de hospicio. La segunda, el Plan Estatal de Medicaid más los HCBS, está disponible para todos los que se haya determinado que cumplen las necesidades de Nivel de Cuidado para recibir la exención de HCBS.

Los servicios del Plan Estatal de Medicaid incluyen, como mínimo, todos los beneficios y servicios considerados médicamente razonables y necesarios, lo que significa que usted necesita los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica.

Servicios del Plan Estatal de Medicaid:

- Servicios de anestesia
- Servicios quiroprácticos
- Servicios dentales, incluidas limpiezas y radiografías
- Capacitación para el automanejo de la diabetes
- Equipo médico duradero
- Servicios en casos de emergencia
- Tratamiento para Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés)
- Servicios para la audición, incluidos los audífonos
- Agencia de cuidado de la salud en el hogar y servicios clínicos

- Cuidado de hospicio
- Servicios hospitalarios, incluidos los servicios para pacientes internados y ambulatorios
- Servicios en centros de cuidado intermedio
- Servicios de laboratorios
- Servicios de hospitalización para el cuidado para afecciones agudas a largo plazo
- Servicios médicos y quirúrgicos
- Suministros médicos
- Servicios para la salud del comportamiento y para la salud mental, incluidos los servicios para pacientes internados y ambulatorios
- Servicios de enfermería, incluidos los servicios brindados por profesionales de enfermería practicantes
- Servicios de centros de enfermería
- Servicios ocupacionales
- Servicios médicos fuera del estado
- Servicios de farmacia
- Terapia física
- Servicios médicos, incluidos los servicios preventivos y de diagnóstico
- Servicios de podología
- Servicios de radiología
- Servicios de la Unidad de Rehabilitación
- Servicios Residenciales para Trastornos por Uso de Sustancias (SUD, por sus siglas en inglés)
- Terapia Respiratoria
- Servicios Clínicos de Salud Rurales (RHC, por sus siglas en inglés) y Centros de Salud Acreditados por el Gobierno Federal (FQHC, por sus siglas en inglés)
- Servicios de Patología del Habla
- Servicios de telesalud
- Tratamiento para la Dependencia del Tabaco
- Servicios de transporte, incluido el transporte de emergencia y sin carácter de emergencia
- Servicios de Cuidado para la Vista, incluidos exámenes visuales y anteojos

Servicios Domiciliarios y Comunitarios para Afiliados con la Exención por HCBS

- Servicios de Asistencia Ambulatoria Diurna para Adultos (ADS, por sus siglas en inglés)
- Servicios de Cuidado Familiar para Adultos (AFC, por sus siglas en inglés)
- Servicios para Residencia Asistida (AL, por sus siglas en inglés)
- Servicios de Cuidado de un Asistente
- Asesoramiento para Cuidadores (CC, por sus siglas en inglés)
- Servicios Comunitarios de Transición

- Ayuda en el Hogar y la Comunidad
- Comidas Entregadas a Domicilio
- Evaluaciones para Modificaciones en el Hogar
- Modificaciones en el Hogar
- Coordinación del Cuidado de la Salud Integrada (IHCC, por sus siglas en inglés)
- Servicios de Transporte No Médico
- Suplementos Nutricionales
- Servicios de Cuidado de un Asistente Dirigidos por el Participante (PDACS, por sus siglas en inglés)
- Sistema Personalizado de Respuesta ante Emergencias (PERS, por sus siglas en inglés)
- Servicios de Control de Plagas
- Servicios de Cuidado de Relevo
- Equipo y Suministros Médicos Especializados
- Cuidado Familiar Estructurado (SFC, por sus siglas en inglés)
- Modificaciones Vehiculares

Llame a Servicios para Afiliados al 866-274-5888, TTD/TTY: 711 para obtener ayuda para acceder a estos servicios.

Continuación del Cuidado Médico que Recibe

Humana Healthy Horizons in Indiana brindará continuidad del cuidado para la autorización de servicios, así como la elección de proveedores durante noventa (90) días. En el caso de un afiliado que cumpla el Nivel de Cuidado de HCBS y tenga un plan de cuidado existente aprobado por la FSSA u otro plan, el plan de cuidado se respetará durante noventa (90) días a partir de la fecha de afiliación. Al recibir afiliados de otro plan, pago por servicio o cobertura comercial, Humana respetará las autorizaciones de cuidado previas durante una de las siguientes duraciones, lo que ocurra primero: noventa (90) días calendario a partir de la fecha de afiliación del afiliado en el plan, o el resto de las fechas o servicios autorizados previamente, o hasta que hayan finalizado las unidades de servicio aprobadas. Humana identificará las autorizaciones previas pendientes.

Para los nuevos afiliados, Humana se hará cargo de los cuidados en el centro de enfermería especializada siempre que usted decida permanecer en el centro y cumpla con el nivel de cuidados de enfermería especializada.

Beneficios Adicionales

Indiana PathWays for Aging también ofrece servicios y/o beneficios adicionales a sus afiliados. Recibe estos beneficios, herramientas y servicios extra sin ningún costo para usted.

Servicio Reforzado	Descripción
Servicios Dentales	<i>Solo para afiliados de Medicaid:</i> Hasta \$500 de subsidio para flúor de uso tópico, sedación oral (junto con nitroso), complicaciones postoperatorias y protectores bucales.

Servicio Reforzado	Descripción
Kit de Prevención de Caídas	<p>Si tiene riesgo de caídas puede recibir un Kit de Prevención de Caídas una vez de por vida. El kit contiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Calcetines Antideslizantes • Alcanzador/Agarrador • Alfombra de Baño • Peldaños Antideslizantes para Escaleras <p>No debe vivir en un centro residencial o centro de enfermería. Se requiere la aprobación del Coordinador de Cuidado.</p>
Servicios para la Audición	<p><i>Solo para afiliados de Medicaid:</i></p> <p>Consultas ilimitadas para el ajuste y la evaluación de audífonos; hasta \$1,500 para audífonos cada tres años; suministro anual de 60 pilas para audífonos.</p>
Intervención Respiratoria en el Hogar	<p>Los afiliados que padezcan enfermedades respiratorias pueden recibir hasta \$200 por año calendario para los siguientes artículos y servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ropa de cama sin alérgenos • limpieza de alfombras • purificador de aire <p>Los afiliados pueden seleccionar varios artículos en un año siempre que el gasto total no supere el subsidio de \$200.</p>
Tecnología de Asistencia Virtual en el Hogar	<p>Los afiliados que participan en nuestro Programa de Administración del Cuidado o de Manejo de Enfermedades con las siguientes afecciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento social • Depresión • Pérdida de la memoria <p>Puede optar a recibir 1 dispositivo de asistencia virtual basado en inteligencia artificial (AI, por sus siglas en inglés). Un dispositivo de por vida, por afiliado.</p> <p>Se requiere la aprobación del Coordinador de Cuidado.</p>

Servicio Reforzado	Descripción
Asistencia para la Vivienda	<p><i>Para afiliados no alineados y afiliados solo de Medicaid:</i></p> <p>Hasta \$500 por afiliado por año (el subsidio no utilizado no se transfiere al año siguiente) para ayudar con los siguientes gastos de vivienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pago de alquiler de apartamento o de hipoteca (se requiere aviso de pago atrasado). • Pago de servicios públicos para electricidad, agua, gas o internet (se requiere aviso de pago atrasado). • Alquiler de estacionamiento y lote para casas rodantes, si se trata de su residencia permanente (se requiere aviso de pago atrasado). • Pago de gastos de mudanza a través de una empresa de mudanzas autorizada cuando se realiza la transición desde una autoridad de vivienda pública. <p>Se requiere la aprobación del plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No debe vivir en un centro residencial o centro de enfermería. • Los fondos no se le pagarán directamente a usted. • Si la factura está a nombre del cónyuge, se puede presentar un certificado de matrimonio como prueba. <p>Los afiliados sin exención deben residir en un hogar y/o en un entorno comunitario.</p>
Bandas Identificativas	<p>Los afiliados que con demencia, Alzheimer y/o diabetes y que participen en nuestros Programas de Coordinación del Cuidado de la Salud o de Manejo de Enfermedades pueden recibir 20 bandas identificativas al año.</p> <p>Se requiere la aprobación del Coordinador de Cuidado.</p>
Transporte No Médico (NMT, por sus siglas en inglés)	<p><i>Solo para afiliados de Medicaid:</i></p> <p>Hasta 12 viajes de ida y vuelta (o 24 viajes de un trayecto) a una distancia máxima de 30 millas por transporte no médico, por año, hasta lugares como grupos de apoyo social, clases de bienestar, citas con el programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC, por sus siglas en inglés) y el Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) y bancos de alimentos. Este beneficio también ofrece transporte a lugares que ofrecen beneficios sociales e integración en la comunidad para afiliados, como centros comunitarios y de vecindario, parques, áreas recreativas e iglesias.</p> <p>Los afiliados sin exención deben residir en un hogar y/o en un entorno comunitario.</p>

Servicio Reforzado	Descripción
Programa de Asesoramiento Nutricional	<p><i>Para afiliados alineados y afiliados solo de Medicaid:</i></p> <p>El Programa de Asesoramiento Nutricional ofrece intervenciones de salud y bienestar a los afiliados de 60 años de edad en adelante. Puede completar seis (6) sesiones de asesoramiento para el manejo nutricional con el Asesor de Cuidado de la Salud; aproximadamente una llamada al mes durante un período de seis (6) meses.</p>
PERS	<p><i>Para afiliados alineados y afiliados solo de Medicaid:</i></p> <p>Si está inscrito en nuestros Programas de Coordinación del Cuidado de la Salud o de Manejo de Enfermedades, puede recibir 1 dispositivo de sistema personalizado de respuesta ante emergencias, de por vida, para disponer de servicio de emergencias las 24 horas del día.</p> <p>No debe vivir en un centro residencial o centro de enfermería.</p> <p>Se requiere la aprobación del Coordinador del Cuidado de la Salud.</p>
Control de Plagas	<p><i>Para afiliados no alineados y afiliados solo de Medicaid:</i></p> <p>Hasta \$320 al año por control de plagas para los afiliados sin exención.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si reside con un cuidador, debe presentar documentación que lo pruebe. • Debe residir en un hogar o en un entorno comunitario. <p>Debe tener la aprobación del Coordinador del Cuidado de la Salud.</p>
Álbumes de Fotos	<p>Si está en nuestros Programas de Administración del Cuidado o de Manejo de Enfermedades, puede recibir 1 álbum de fotos al año.</p> <p>No debe vivir en un centro residencial o centro de enfermería.</p> <p>Se requiere la aprobación del Coordinador del Cuidado de la Salud.</p>
Pastillero	<p>Recibirá un pastillero para 7 días.</p> <p>Debe residir en un hogar y/o en un entorno comunitario.</p>
Consultas de Podología	<p><i>Solo para afiliados de Medicaid:</i></p> <p>Hasta 6 consultas anuales al podólogo por los siguientes motivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si necesita tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie. • Si padece afecciones que afectan las piernas, como la diabetes.

Servicio Reforzado	Descripción
Entrega de Comidas a Domicilio Después del Alta Hospitalaria	<p><i>Solo para afiliados de Medicaid:</i></p> <p>Catorce (14) comidas refrigeradas a entregadas en el hogar después del alta de un centro residencial o de hospitalización. Límite de cuatro altas hospitalarias por año.</p> <p>Los afiliados sin exención deben residir en un hogar y/o en un entorno comunitario.</p>
Asistencia para la Transición a la Vida Comunitaria	<p>Todos los afiliados sin exención que se muden de un centro de enfermería a su propio hogar pueden recibir \$5,000 de por vida.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asistencia para pagar depósitos de seguridad y servicios públicos, muebles/suministros para el hogar y gastos de mudanza. • Debe ser responsable de sus propios gastos de manutención. <p>Se requiere la aprobación del Coordinador del Cuidado de la Salud.</p>
Servicios para la Vista	<p><i>Solo para afiliados de Medicaid:</i></p> <p>Subsidio de hasta \$150 para anteojos (monturas y lentes) o lentes de contacto cada 24 meses.</p>

Go365 for Humana Healthy Horizons®

Go365 for Humana Healthy Horizons® es un programa de bienestar y recompensas basado en una aplicación disponible para los afiliados de Humana Healthy Horizons. Go365 recompensa a los afiliados por completar actividades que contribuyen a la salud integral de la persona, incluida la realización de pruebas de detección preventivas y el trabajo con un asesor de bienestar. Las recompensas se pueden canjear por tarjetas de regalo en la Tienda Go365 para ayudar con los gastos de la vida diaria y otras compras relacionadas con el bienestar. Los afiliados también tienen acceso a nuestra amplia biblioteca de cursos en línea y podcasts dirigidos por expertos sobre temas como nutrición y cocina, salud cardíaca y control de la diabetes.

Estas recompensas son solo para afiliados de Medicaid. Humana Medicare ofrece otras recompensas Go365.

Actividad saludable	Recompensa
Prueba de Detección de Cáncer de Mama	Los afiliados ganan \$25 por completar una mamografía anual.
Pruebas de Detección del Cáncer Colorrectal	Los afiliados ganan \$25 por completar una prueba de detección de cáncer colorrectal, según lo recomendado por su PMP.
Examen Ocular de Retina para Pacientes Diabéticos	Los afiliados con diabetes ganan \$15 por un examen de la retina anual.
Prueba de Detección de la Diabetes	Los afiliados con diabetes ganan \$15 por completar una prueba de detección de HbA1c.
Vacuna contra la Influenza	Los afiliados ganan \$10 por recibir la vacuna contra la influenza anualmente.

Estas recompensas son solo para afiliados de Medicaid. Humana Medicare ofrece otras recompensas Go365.

Actividad saludable	Recompensa
Seguimiento Después de Cuidados de Alta Intensidad por Trastorno por Consumo de Sustancias	Los afiliados ganan \$25 por completar una consulta de seguimiento dentro de los 30 días posteriores al alta del cuidado para pacientes hospitalizados, tratamiento residencial o consultas de desintoxicación. Máximo uno por año.
Consulta de Seguimiento de Salud del Comportamiento	Los afiliados ganan \$25 por completar una consulta de seguimiento dentro de los 30 días posteriores al alta por diagnóstico de salud conductual. Máximo uno por año.
Prueba de Detección de Necesidades de la Salud (HNS, por sus siglas en inglés)	Los afiliados ganan \$20 por completar la [HRA] una vez al año.
Recompensa por Asesoramiento Nutricional	Los afiliados ganan \$15 en incentivos por completar un chequeo de bienestar y \$15 en incentivos por completar el programa completo de Nutrición.
Consulta de Bienestar Anual	Los afiliados ganan \$25 por completar su consulta de bienestar anual.

Go365 for Humana Healthy Horizons® está disponible para todos los afiliados que cumplan con los requisitos del programa. Las recompensas no se utilizan con el fin de que el afiliado seleccione un proveedor específico. Las tarjetas de regalo no se pueden utilizar para comprar medicamentos recetados o servicios médicos que estén cubiertos por Medicare, Medicaid u otros programas federales de cuidado de la salud, alcohol, tabaco, cigarrillos electrónicos o armas de fuego. Las tarjetas de regalo no se deben convertir en efectivo. Las recompensas se pueden limitar a una vez al año, por actividad.

Los asesores de bienestar no ofrecen consejos médicos, financieros ni de ninguna otra índole profesional, y no deben reemplazar la consulta a un profesional certificado. Usted debe consultar con el profesional certificado que corresponda para determinar lo que es adecuado para usted.

Servicios No Cubiertos por Indiana PathWays for Aging (Caminos de Indiana para el Envejecimiento)

Indiana PathWays for Aging no pagará por servicios que no sean necesarios por razones médicas o por los siguientes servicios o suministros recibidos:

- Todos los anorexígenos, excepto las anfetaminas, con y sin receta
- Anfetaminas recetadas para el control del peso o el tratamiento de la obesidad
- Cualquier nuevo producto, servicio o tecnología hasta que el consultorio autorice la cobertura del producto, servicio o tecnología. Esto no se aplica a los medicamentos recetados
- Mamoplastias de aumento con fines estéticos
- Blefaroplastias cuando no están relacionadas con un problema de visión obstructivo importante
- Evaluación, pruebas o tratamiento de Cybex

- Cirugía de dermoabrasión para la fóvea o marsupialización del acné
- Reconstrucción del lóbulo de la oreja
- Perforación de oreja
- Medicamentos, tratamientos o procedimientos experimentales, y todos los servicios relacionados
- Modalidades y procedimientos experimentales radiológicos o quirúrgicos o de otro tipo, incluidos, entre otros, los siguientes:
 - Acupuntura
 - Terapia de biorretroalimentación
 - Terapia inhalatoria de dióxido de carbono al cinco por ciento (5%) para enfermedades del interior del oído
 - Hipertermia
 - Hipnoterapia
- Tuboplastia de Falopio por infertilidad o vasovasostomía. Este procedimiento solo está cubierto en caso de enfermedad.
- Trasplantes de cabello
- Irrigación colónica alta
- Procedimientos o modalidades diversos, incluidos, entre otros, los siguientes:
 - Autopsia
 - Criocirugía para el cloasma
 - Supervisión de la inyección de tinte Conray
 - Cuidado diurno o cuidado diurno parcial u hospitalización parcial, excepto cuando se proporcione de conformidad con 405 IAC 5-20
 - Programas de rehabilitación formalizados y prediseñados, que incluyen, entre otros, los siguientes:
 - Pulmonar
 - Cardiovascular
 - Endurecimiento o fortalecimiento del trabajo
 - Transmisor telefónico utilizado para monitoreo transtelefónico
 - Teléfono, o cualquier otro medio de comunicación, consulta de un (1) médico a otro
 - Inseminación artificial
 - Rehabilitación cognitiva, excepto para el tratamiento de lesiones cerebrales traumáticas
- Otoplastia para orejas prominentes a menos que se aplique al caso una de las siguientes situaciones:
 - Anomalías craneofaciales multifacéticas debidas a una malformación congénita o a un mal desarrollo, por ejemplo, el síndrome de Pierre Robin
 - Usted tiene un empleo pendiente o un empleo en el que las orejas prominentes interferirían con el uso de los dispositivos de protección requeridos
- Implante de pene
- Perineoplastia para la disfunción sexual

- Artículos de comodidad o conveniencia personal, incluyendo, entre otros, alquiler de televisión, radio o teléfono
- Muestras de médicos
- Queratotomía radial
- Cirugía reconstructiva o plástica, a menos que esté relacionada con una enfermedad o deformidad traumática
- Extirpación de queloides causados por orejas perforadas a menos que se dé una de las siguientes circunstancias:
 - Los queloides miden más de tres (3) centímetros
 - La obstrucción del conducto auditivo es del cincuenta por ciento (50%) o más
- Rinoplastia o reparación del puente nasal en ausencia de un problema respiratorio obstructivo importante
- Ritidectomía
- Eliminación de cicatrices o tatuajes por escisión o abrasión
- Servicios de apoyo para discapacidades del aprendizaje
- Servicios proporcionados fuera del alcance de la licencia, inscripción, certificación u otra autoridad de un proveedor para ejercer en virtud de la legislación estatal o federal
- Servicios no autorizados previamente según la metodología del nivel de cuidado
- Servicios prestados por un proveedor que no está afiliado en el Programa de Cobertura de Salud de Indiana (IHCP, por sus siglas en inglés). Si tiene alguna pregunta sobre proveedores, llame a Humana al 866-274-5888 (TTD/TTY 711/TTD) para que le ayuden a encontrar un proveedor
- Osteotomías mandibulares deslizantes a menos que estén relacionadas con prognatismo o micrognatia
- Tratamientos o terapias de carácter educativo
- Según la ley federal, los medicamentos para la aplicación de estudios de eficacia no están cubiertos por Medicaid

Servicios Excluidos

Los beneficios que se indican a continuación no están cubiertos por el programa Indiana PathWays for Aging. Si un afiliado está recibiendo o va a recibir los siguientes servicios, será desafiliado del programa Indiana PathWays for Aging. Estos beneficios están disponibles en Medicaid tradicional o en otros programas de exención y están excluidos de los programas que se describen a continuación. Humana será responsable del cuidado médico del afiliado hasta que se desafilie. A continuación, se enumeran los servicios excluidos del programa PathWays:

- **Tratamiento psiquiátrico en un hospital estatal**
- **Centros de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales:** los afiliados de Indiana PathWays for Aging que sean admitidos en un Centro de Cuidados Intermedios para Personas con Discapacidades Intelectuales (ICF/IID, por sus siglas en inglés) serán desafiliados del programa y afiliados en Medicaid Tradicional. Antes de que la hospitalización sea reembolsada por el **Estado**, debe aprobarse el nivel de cuidado. Para los afiliados que están en transición a un ICF/IID, Humana coordinará y trabajará con el centro, y es responsable del pago de hasta sesenta (60) días calendario para los afiliados en un ICD/IID mientras la determinación del nivel de cuidado está pendiente.

- **Exención por lesión cerebral traumática:** Esta exención brinda HCBS a personas que requerirían cuidado institucional.
- **Exención de integración comunitaria y habilitación:** Esta exención es una exención de Medicaid HCBS para niños y adultos con discapacidad intelectual y del desarrollo.
- **Exención de ayudas familiares:** Esta exención es una exención de Medicaid HCBS para niños y adultos con discapacidad intelectual y del desarrollo.

Copagos

Humana Healthy Horizons in Indiana no incluirá requisitos de copago de ningún afiliado de PathWays para los servicios cubiertos por Medicaid. Algunos afiliados pueden ser responsables de los gastos de desembolso personal exigidos por el programa Medicare u otra responsabilidad de exención de Medicaid.

Servicios de Autorreferido

Algunos servicios nunca requerirán un referido de su Proveedor Médico de Cuidado Primario.

Indiana PathWays for Aging incluye algunos beneficios y servicios que están disponibles para los afiliados mediante autorreferido. No podemos exigirle que reciba dichos servicios de nuestros proveedores de la red, a menos que se indique lo contrario. Sin embargo, no puede autorreferirse a un proveedor que no esté afiliado en el IHCP.

Los siguientes servicios se consideran servicios de autorreferido:

- Los servicios para la salud del comportamiento son autorreferidos si los presta un proveedor de la red. Puede autorreferirse, dentro de nuestra red, para recibir servicios para la salud del comportamiento no prestados por un psiquiatra, incluidos los servicios de salud mental, farmacodependencia y dependencia de sustancias químicas prestados por proveedores especializados en salud mental.
- Los servicios quiroprácticos pueden ser brindados por un quiropráctico con licencia, afiliado como proveedor de Medicaid de Indiana.
- Los servicios de autocontrol de la diabetes son autorreferidos si los presta un proveedor autorreferido.
- Los servicios de emergencias están cubiertos sin necesidad de autorización previa ni de que exista un contrato del plan de salud con el proveedor de cuidado médico en casos de emergencia. Los servicios de emergencias deberán estar disponibles las veinticuatro (24) horas al día, los siete (7) días a la semana [sujetos al estándar de “persona prudente”] de una afección médica de emergencia.
- Los servicios de cuidado de la vista, excepto los quirúrgicos, pueden ser brindados por cualquier proveedor con licencia.
- Servicios dentales rutinarios.
- Los servicios de planificación familiar requieren libertad de elección de proveedores y acceso a servicios y suministros de planificación familiar. (Información adicional anterior)
- Las vacunas son autorreferidas a cualquier proveedor afiliado en IHCP. Las vacunas están cubiertas independientemente de dónde se reciban.
- Los servicios de podología pueden ser brindados por cualquier proveedor con licencia.

- Los servicios psiquiátricos pueden ser brindados por cualquier proveedor con licencia.
- Los servicios de cuidado de urgencia están cubiertos para los afiliados mediante autorreferido.

Los proveedores de salud mental y adicciones a los que el afiliado puede autorreferirse dentro de la red son los siguientes:

- APN según el Código de Indiana (IC, por sus siglas en inglés) 25-23-1-1(b)(3), acreditados en enfermería psiquiátrica o de salud mental por el Centro Americano de Acreditación de Enfermeras
- Centros de salud mental de la comunidad (CMHC, por sus siglas en inglés)
- Proveedores de servicios de salud en psicología (HSPP, por sus siglas en inglés)
- Psicólogos escolares de práctica independiente
- Trabajadores sociales clínicos con licencia (LCSW, por sus siglas en inglés)
- Psicólogos con licencia
- Trabajadores sociales con licencia (LSW, por sus siglas en inglés)
- Clínicas de salud mental ambulatorias
- Personas con una maestría en trabajo social, terapia matrimonial y familiar o asesoramiento en salud mental (en la Opción Clínica)
- Profesionales de enfermería psiquiátrica
- Psicólogos

Servicios para la Salud del Comportamiento y Servicios para Trastornos por Consumo de Sustancias

Todos los afiliados de Indiana PathWays for Aging pueden recibir servicios de salud mental o para trastornos por uso de sustancias. Puede acudir a cualquier médico de la red sin necesidad de referido para recibir tratamiento ambulatorio. A veces, su PMP puede ayudarle con afecciones de salud del comportamiento. Puede tratarse, entre otros, de ansiedad y depresión. Su PMP puede sugerirle que busque un médico especializado en su afección si necesita ayuda adicional.

Todos los afiliados tienen acceso a servicios para ayudar con dificultades de salud mental, como depresión o ansiedad, o para ayudar con trastornos por consumo de alcohol u otras sustancias. Estos servicios incluyen lo siguiente:

- Servicios para la Salud del Comportamiento
- Servicios para ayudarle a determinar si tiene una necesidad de salud mental (servicios de evaluación de diagnóstico)
- Terapia individual, grupal y familiar
- Programas de crisis en centros
- Servicios para la salud del comportamiento ambulatorios
- Servicios para la salud del comportamiento ambulatorios en la sala de emergencias
- Servicios para la salud del comportamiento para pacientes internados
- Tratamiento intensivo para la salud del comportamiento
- Hospitalización parcial

- Otros Servicios de Apoyo como: Apoyo entre Pares, Apoyo Comunitario Integral, Apoyo para Cuidadores y Administración de Casos Complejos
- Servicios para Trastornos por Uso de Sustancias

Si tiene pensamientos negativos o cree que puede hacerse daño a sí mismo o a otra persona, llame a la Línea de Crisis de Salud del Comportamiento al 988 o al 855-254-1758 o TTD/TTY: 711 de inmediato para pedir ayuda.

Si tiene más preguntas, puede llamar a Servicios para Afiliados de Humana al 866-274-5888, TTD/TTY: 711

Línea de Crisis de Salud del Comportamiento

Puede que haya un momento en el que necesite apoyo y necesite hablar con alguien de inmediato. Puede llamar a la Línea de Crisis de Salud del Comportamiento disponible las 24 Horas al 988 o al 855-254-1758 o TTD/TTY: 711 y reciba ayuda, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El profesional de salud del comportamiento le guiará hacia el apoyo adecuado según la crisis reportada.

Si se ha comunicado con la Línea de Crisis de Salud del Comportamiento (BH, por sus siglas en inglés)

Si se ha comunicado con la Línea de Crisis, un coordinador del cuidado de la salud mental se comunicará con usted dentro de (1) día hábil para asegurarse de que haya recibido el cuidado necesario, ofrecerle asistencia y evaluar sus necesidades continuas, incluido el potencial para beneficiarse de la Coordinación del Cuidado y la Coordinación de Servicios o apoyo para los factores determinantes de la salud (SDOH, por sus siglas en inglés).

Control de la Utilización (UM, por sus siglas en inglés)

Algunos servicios pueden requerir autorización previa antes de que usted los reciba. Por ejemplo, revisamos cirugías o estancias en un hospital (a menos que sean emergencias). Esto se denomina control de la utilización (UM). Garantiza que reciba el cuidado que necesita cuando lo necesita. No recompensamos a proveedores ni a nuestros propios asociados por denegar o limitar la cobertura o los servicios. No negamos ni limitamos la cantidad, el período o el alcance del servicio solo debido al diagnóstico o al tipo de enfermedad o afección.

Todas las solicitudes de UM son revisadas detenidamente por nuestro equipo de enfermeros y médicos. Solo los médicos pueden decidir si un servicio no puede ser cubierto. Comprobamos periódicamente el trabajo de nuestros revisores. Si no podemos cubrir el servicio, se lo comunicaremos por escrito. La carta incluye nuestro número de teléfono por si desea llamarnos para obtener más información. Si no está conforme con la decisión, puede apelarla llamándonos o escribiéndonos. Su caso será revisado por un médico diferente de un área de especialidad. Se le informará de la decisión por escrito. Consulte la sección de Quejas Formales y Apelaciones.

Nuevo Tratamiento Médico

A veces los tratamientos nuevos funcionan muy bien y otras ocasiones no. Algunos tratamientos pueden incluso tener efectos secundarios nocivos. Hacemos un seguimiento de las nuevas investigaciones médicas. Es así como tomamos la decisión sobre los nuevos beneficios para su plan

de salud. Si cree que una tecnología o tratamiento médico nuevo podría ayudarle, llame a su PMP. Su PMP trabajará con nosotros para saber si puede ayudarle y nosotros le brindaremos cobertura para ello.

Administración y Coordinación de Su Cuidado

Coordinación del Cuidado de la Salud

Como estado, Indiana se esfuerza por garantizar que todas las personas que reciben servicios y apoyos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) puedan vivir, aprender, trabajar y disfrutar de la vida en el entorno más integrado. El objetivo es que las personas lleven una vida significativa para ellas. Para ello, debemos contar con un sistema de apoyo centrado en la persona que las ayude a:

- Construir o mantener relaciones con sus familias y amigos
- Participar en actividades productivas, como el empleo
- Vivir de la forma más independiente posible
- Participar en la vida comunitaria

Según su elegibilidad, podrá seleccionar o se le asignará un coordinador del cuidado o un coordinador de servicios. Los Coordinadores del Cuidado y Servicios son profesionales de la salud especialmente capacitados que trabajan con usted y sus médicos para asegurarse de que recibe el cuidado adecuado cuando y donde lo necesita. Puede cambiar de coordinador en cualquier momento. En general, su Coordinador del Cuidado le ayudará a coordinar sus necesidades médicas, mientras que su coordinador de servicios se especializa en brindar apoyo a todas sus necesidades no médicas. Su Coordinador del Cuidado y Servicios (Equipo de Cuidado) trabajará conjuntamente para brindarle apoyo de la manera más eficaz posible.

Su Equipo de Cuidado utilizará la información que usted comparta mediante la realización de una prueba de detección de necesidades de salud y una evaluación de salud integral más detallada para identificar los servicios médicos, de salud del comportamiento y no médicos que necesita. De manera constante, su Equipo de Cuidado se pondrá en contacto con usted para asegurarse de que los cuidados y servicios que recibe siguen satisfaciendo sus necesidades y modificará sus planes en cualquier momento para asegurarse de que recibe la ayuda que necesita para vivir lo mejor posible. Estas actualizaciones periódicas de su plan pueden ocurrir durante el contacto regular del Equipo de Cuidado con usted, cuando su Equipo de Cuidado se entera de que ha experimentado un cambio o a petición suya.

Además, con el consentimiento correspondiente, su coordinador de cuidado o coordinador de servicios notificará a su equipo de cuidado integrado si es hospitalizado o recibe tratamiento de emergencia por dificultades de salud del comportamiento, incluido el trastorno por uso de sustancias.

Al aplicar prácticas centradas en la persona durante el desarrollo y la implementación de su plan de servicios, se le garantiza la oportunidad de participar plenamente en su comunidad en la medida en que así lo decida. Su Coordinador de Servicios se comunicará con usted a lo largo del año para asegurarse de que su plan de servicios sigue satisfaciendo sus necesidades.

Administración del Cuidado de la Salud

La Administración del Cuidado es el nivel básico de servicio de Coordinador del Cuidado que está disponible para todos los afiliados de Humana Healthy Horizons in Indiana. Tiene como objetivo

proporcionarle ayuda con las actividades de coordinador del cuidado, programar citas de cuidado preventivo o acceder al cuidado para los servicios de salud o sociales necesarios para tratar sus afecciones crónicas. Los servicios de Administración del Cuidado incluyen la coordinación del cuidado entre proveedores de cuidado y servicios para ayudarle con la programación, la búsqueda de especialistas y servicios especializados, servicios para discapacidades intelectuales y del desarrollo, necesidades de transporte, uso de la Línea de Enfermería las veinticuatro (24) horas del día, recordatorios generales preventivos (por ejemplo, mamografía) y específicos de enfermedades, recordatorios de resurtidos de farmacia, servicios para dejar de consumir tabaco y educación sobre el uso de los servicios de cuidado primario y de Emergencia.

Los Coordinadores del Cuidado quieren saber más sobre usted. Entonces podrán ayudarle a aprender a cuidarse y a obtener ayuda de otras personas. Los Coordinadores del Cuidado pueden reunirse con su PMP y otros recursos de salud para asegurarse de que estén trabajando juntos. Los Coordinadores del Cuidado trabajan para asegurarse de que dispone de todos los servicios que necesita, incluidos los no médicos, como la alimentación y la vivienda. Si cree que necesita Administración del Cuidado, llame a Servicios para Afiliados al 866-274-5888.

Administración de Casos Complejos

La Administración de Casos Complejos es un programa para afiliados con necesidades complejas que necesitan ayuda para coordinar el cuidado de la salud. Nuestros enfermeros y trabajadores sociales trabajarán en equipo con usted y su proveedor para garantizar que reciba el mejor cuidado. Nos comunicaremos con usted si:

- Su médico se lo recomienda.
- Usted lo solicita.
- Nuestros profesionales de enfermería y trabajadores sociales ven que tiene dificultades de salud con las que pueden ayudarle.

Para ver si reúne los requisitos o para obtener información adicional sobre el Programa de Administración de Casos Complejos, autorreferidos o para excluirse del Programa de Administración de Casos Complejos, llame a Servicios para Afiliados al 866-274-5888.

Coordinación del Cuidado y Coordinación de Servicios para los Afiliados que Reciben Servicios para la Salud del Comportamiento

Usted puede ser elegible para la Administración de Casos Complejos si ha sido dado de alta de un hospital psiquiátrico para pacientes hospitalizados o de un hospital para trastornos por uso de sustancias, o si corre el riesgo de una rehospitalización psiquiátrica, por sobredosis de drogas o por uso de sustancias.

Se le asignará un Coordinador del Cuidado o un Coordinador de Servicios durante al menos noventa (90) días calendario después de su hospitalización. Le ayudarán a comprender su afección para que mejore su salud y optimice su bienestar sin recurrir a la sala de emergencias. Aprender más sobre su afección y sus necesidades le mantendrá informado y le preparará para sus consultas médicas de seguimiento.

Administración de Casos Complejos y Coordinación de Servicios

Los afiliados que se determine que necesitan el nivel de cuidado proporcionado en un hogar para personas de la tercera edad, pero que reciben apoyos y servicios en su hogar o en un

entorno comunitario de su elección, también recibirán coordinación de servicios. La Coordinación de Servicios es un proceso de evaluación, descubrimiento, planificación, facilitación, defensa, colaboración y supervisión de los LTSS y de las necesidades sociales y medioambientales relacionadas con todas las personas.

Su Coordinador de Servicios apoyará su salud y seguridad para que pueda seguir viviendo donde elija y evitar o retrasar el ingreso innecesario en una institución. Su Coordinador de Servicios se encargará de:

- Colaborar con su coordinador de cuidado.
- Crear y aplicar su plan de apoyo centrado en la persona (“Plan de Servicio”).
- Ayudarle a acceder a servicios y ayudas a largo plazo.
- Ayudarle a acceder a servicios médicos, sociales, de vivienda, educativos y de otro tipo, independientemente de la fuente de financiación de los servicios.
- Revisar y actualizar el Plan de Servicio específico de LTSS con usted, sus cuidadores (con su consentimiento) y su equipo de cuidado interdisciplinario (ICT, por sus siglas en inglés).

Si tiene alguna pregunta sobre los servicios y apoyos de cuidado a largo plazo, llame a su Coordinador de Servicios o Coordinador de Cuidado al 866-274-5888.

Programa Right Choices (RCP, por sus siglas en inglés)

El programa Right Choices es parte de Indiana PathWays for Aging. Es para los afiliados que necesitan ayuda para utilizar adecuadamente su cobertura de la salud. Su objetivo es garantizar que su cuidado médico se proporcione en el momento y lugar adecuados. Si se le inscribe en el Programa Right Choices, puede aprender a utilizar su cobertura de salud de forma correcta.

Si está afiliado en el Programa Right Choices, seguirá disfrutando de todos sus beneficios. Tendrá un Proveedor Médico de Cuidado Primario, también llamado PMP. Se le asignará una farmacia. Cualquier médico especial que consulte necesitará la aprobación de su PMP.

Información de Farmacia

Gestionar sus medicamentos es importante. Queremos que se sienta cómodo sabiendo qué medicamentos cubre su plan. Como afiliado al programa PathWays, puede acceder a una gama completa de medicamentos seguros y eficaces. Estos medicamentos forman parte de un formulario o lista de medicamentos preferidos (PDL, por sus siglas en inglés). Estos son medicamentos que preferimos que utilice su proveedor cuando elija el mejor medicamento para tratarlos a usted y a su afección.

Su proveedor utilizará la PDL para elegir el mejor medicamento para tratarlos a usted y a su afección. Ocasionalmente, es posible que su proveedor deba obtener nuestra aprobación si desea que usted utilice un medicamento que no está en nuestra PDL. Su proveedor también tendrá que obtener la aprobación (a veces denominada autorización previa) si los medicamentos cubiertos tienen un límite, como por ejemplo:

- Límite de edad: cubierto para determinado grupo de edad.
- Límites de cantidad: un límite en la cantidad de medicamentos que puede obtener de una sola vez.
- Autorización previa: requiere aprobación antes de que se pueda cubrir.
- Terapia por fases: primero se debe probar uno o más medicamentos preferidos.

No cubriremos algunos medicamentos, como, por ejemplo:

- Medicamentos utilizados para el tratamiento de trastornos alimenticios o el aumento de peso.
- Medicamentos utilizados para la disfunción eréctil.
- Medicamentos que son para fines cosméticos o para ayudar a hacer crecer el cabello.
- Medicamentos para la Implementación de Estudios de Eficacia de Fármacos (DESI, por sus siglas en inglés) y medicamentos idénticos, relacionados o similares a dichos medicamentos.
- Medicamentos en etapa de investigación o experimentales.
- Medicamentos utilizados con cualquier fin que no sea uno aceptado por razones médicas.

La PDL puede modificarse ocasionalmente. Se añaden nuevos medicamentos o se eliminan los que estaban según sea necesario. Le notificaremos si su medicamento se elimina de la PDL. Puede encontrar la PDL más actualizada en nuestro sitio web [es-www.humana.com/IndianaPharmacy](https://www.humana.com/IndianaPharmacy) o llamar a Servicios para Afiliados al 866-274-5888 TTD/TTY: 711 para obtener ayuda. Para ver las políticas de cobertura médica y de farmacia actuales, visite https://mcp.humana.com/tad/tad_new/home.aspx?type=provider.

Parte D de Medicare

Los planes de beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare cubren los medicamentos con receta aprobados por los CMS. En el caso de los afiliados con doble elegibilidad para beneficios completos, Indiana Medicaid cubre los medicamentos recetados necesarios por razones médicas, reembolsables a nivel federal y estatal, que están excluidos por los CMS de la cobertura de los planes de beneficios de la Parte D de Medicare. Los medicamentos elegibles para la cobertura de la Parte D de Medicare no estarán cubiertos por Medicaid si el afiliado rechaza la cobertura de la Parte D.

Farmacias Participantes

Puede surtir su receta en cualquier farmacia que acepte Humana Healthy Horizons in Indiana. Utilice nuestro servicio en línea “Find a Pharmacy” (Encontrar una farmacia) en [es-www.humana.com/FindaPharmacy](https://www.humana.com/FindaPharmacy) para encontrar una farmacia de la red cerca de usted. Asegúrese de llevar su tarjeta de identificación de afiliado a la farmacia. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Afiliados al 866-274-5888 TTD/TTY: 711.

Como afiliado de Humana, puede usar la farmacia de pedido por correo de Humana, CenterWell Pharmacy®, que le enviará los medicamentos a su hogar.

Si necesita medicamentos para tratar una afección grave o duradera como cáncer, virus de la inmunodeficiencia humana (HIV, por sus siglas en inglés) o esclerosis múltiple, por ejemplo, puede que necesite que una farmacia especializada surta sus recetas. Los medicamentos para tratar una afección grave o duradera pueden estar disponibles solo en ciertas ubicaciones.

Es posible que pueda surtir sus medicamentos recetados de especialidad en nuestra farmacia CenterWell Specialty Pharmacy®. Esta farmacia le surtirá y enviará su receta especializada a su domicilio o proveedor.

Para obtener más información, visite [CenterWellPharmacy.com](https://www.CenterWellPharmacy.com).

Copago de Farmacia

Es posible que deba pagar el costo total de su medicamento recetado si lo surte en una farmacia fuera de la red o si el medicamento no está en nuestra Lista de Medicamentos Preferidos.

Información Adicional:

Esperamos que no tenga que pagar ningún medicamento con desembolso personal. Si lo hace, infórmenos completando un formulario de reclamación de reembolso y es posible que reciba un reembolso. Puede encontrar el formulario de reclamación de reembolso de medicamentos recetados en es-www.humana.com.

Comuníquese con Servicios para Afiliados al 866-274-5888 (TTD/TTY: 711) para obtener ayuda con sus preguntas de farmacia.

Autorización Previa y Plazos

Para solicitar una autorización previa, puede hablar con el profesional que receta o llamar a Servicios para Afiliados de Humana Healthy Horizons para comenzar.

Una vez que recibamos su solicitud, la revisaremos conforme a un proceso estándar o acelerado (más rápido). Su médico puede solicitar una revisión acelerada si se cree que una demora causará daños graves a su salud.

Revisaremos su solicitud de Autorización Previa dentro de los siguientes plazos:

- Revisión estándar: tomaremos una decisión sobre su solicitud en el plazo de cinco (5) días hábiles a partir de la recepción de su solicitud.
- Revisión acelerada (más rápida): tomaremos una decisión sobre su solicitud en un plazo de cuarenta y ocho (48) horas a partir de la recepción de su solicitud.
- Revisión retrospectiva (posterior al servicio): las solicitudes de autorización posteriores al servicio se revisan en 30 días calendario, con una posible extensión de 14 días calendario.
- Solicitud de farmacia: tomaremos una decisión sobre su solicitud en un plazo de veinticuatro (24) horas a partir de la recepción de su solicitud.

Tenga en cuenta: Ambos plazos, tanto para la revisión estándar como para la revisión acelerada, pueden extenderse hasta 14 días calendario si el afiliado o el proveedor solicitan una extensión, o si Humana Healthy Horizons in Louisiana justifica la necesidad de información adicional y la extensión es lo mejor para el afiliado. Si aprobamos un servicio y usted ha comenzado a recibir ese servicio, no reduciremos, no detendremos ni restringiremos el servicio durante el tiempo en que se haya aprobado, a menos que determinemos que la aprobación se basó en información falsa o incorrecta.

Si denegamos un servicio, les enviaremos un aviso a usted y a su proveedor.

¿Qué Sucede si Recibo una Factura de Mi Médico?

Humana Healthy Horizons in Indiana solo le paga a su proveedor por los servicios cubiertos que usted recibe.

Su proveedor solo puede facturarle por los servicios no cubiertos. El proveedor debe comunicarle si no cubrimos un servicio antes de proporcionárselo. Solo pueden cobrarle por el servicio no cubierto si antes de proporcionárselo le dijeron que no estaba cubierto y usted aceptó pagarlo por escrito.

Si recibe una factura por un servicio, debe encargarse de ella de inmediato. Si no lo hace, se podría enviar a una agencia de cobros. Para tramitar una factura, debe:

- Llamar a su médico/proveedor y asegurarse de que saben que usted es afiliado de Medicaid.
- Si cree que la factura es incorrecta, comuníquese con Servicios para Afiliados y le ayudaremos a tramitarla. Asegúrese de tener la factura en la mano cuando llame.

Información Adicional

Llame a Servicios para Afiliados si desea obtener información sobre la estructura y el funcionamiento de Humana Healthy Horizons in Indiana, y las políticas de utilización de los servicios.

Cambios en su Plan

Humana Healthy Horizons in Indiana le informará de cualquier cambio en su cobertura, incluidos los beneficios, servicios o lugares de prestación de servicios, o de la terminación de su plan al menos treinta (30) días antes de que el cambio entre en vigor.

Quejas Formales por Causas Justas

Puede que llegue un momento en el que quiera cambiar de plan de salud, pero no se encuentre en el período de selección de planes. Es posible que pueda debido a ciertas razones llamadas “causas justas”. Si tiene una de estas razones, tiene que presentarnos una queja formal por causas justas para ver si puede cambiar de plan. Las causas justas incluyen:

- Por causa justa en cualquier momento.
- Sin causa, dentro de los noventa (90) días posteriores a la afiliación inicial o durante los noventa (90) días posteriores a la notificación de afiliación, lo que ocurra más tarde.
- Sin causa, al menos una vez cada doce (12) meses.
- Sin causa cuando un Contratista incumple repetidamente los requisitos sustanciales de las secciones 1903(m) o 1932(e)(2)(B)(ii) de la Ley del Seguro Social y el Título 42, sección 438.56(b)-(d), del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés).
- Sin causa en el momento de la reafluación, si una pérdida temporal de la afiliación ha causado que el afiliado se pierda el período anual de desafiliación.

Desafiliación por Causa

Una vez afiliado en el plan, puede cambiar de plan cuando crea que tiene una buena razón para hacerlo. Tendrá que llamar y presentar una queja formal para comunicarnos esta información. Llámenos al 866-274-5888 o TTD/TTY 711/TTD. Responderemos a sus preguntas, revisaremos su solicitud, le ayudaremos a presentar una queja formal o a cambiar de plan de salud.

La FSSA puede retirarle de nuestro Plan (y a veces de Medicaid por completo) por ciertas razones. Esto se denomina desafiliación involuntaria. Los motivos incluyen:

- Si pierde su Elegibilidad para Medicaid.
- Si se muda fuera del Estado de Indiana.
- Si utiliza deliberadamente su tarjeta de identificación del afiliado de forma incorrecta o permite que otra persona la utilice.

- Si falsifica o inventa recetas.
- Si la FSSA no puede comunicarse con usted por correo de primera clase y si Humana no puede proporcionarles su dirección válida. Puede permanecer desafiado hasta que la FSSA o Humana puedan localizarle y se restablezca su elegibilidad.

Si necesita ayuda para cambiar de planes, llame a Indiana PathWays for Aging al 877-284-9294 TTD/TTY: 711.

Humana no le desafiará de nuestro Plan a menos que así lo disponga el estado.

Redeterminación

Para seguir recibiendo cobertura de la salud debe renovar sus beneficios. Se denomina redeterminación. Según sus ingresos al final de cada año de cobertura, es posible que tenga que demostrar que sigue cumpliendo los requisitos. Antes de que finalice su cobertura de la salud, recibirá por correo una carta de la FSSA. La carta se llama “Aviso de Renovación”. Lea atentamente las instrucciones que acompañan al formulario de renovación. Es posible que tenga que firmar el formulario y devolverlo con cierta información. Comuníquese con la División de recursos familiares (DFR) si tiene preguntas. El proceso de redeterminación puede tomar unos 45 días. Usted recibirá un aviso de la División de Recursos Familiares y Humana Healthy Horizons in Indiana para recordarle sobre la redeterminación.

Podemos ayudarle en el proceso de redeterminación. No obstante, es importante que mantenga actualizados su dirección y número de teléfono para recibir las notificaciones. Si cambia de número de teléfono o de dirección, comuníquese con la DFR al 800-403-0864 y con Humana Healthy Horizons in Indiana al 866-274-5888 TTD/TTY: 711.

Cómo y Cuándo Notificar Cambios

Es importante que su información esté actualizada. Siempre que se produzca un cambio de información, debe comunicárnoslo. Llame a Servicios para Afiliados de Humana Healthy Horizons in Indiana al 866-274-5888 (TTD/TTY: 711). En algunos casos, también tendrá que comunicar sus cambios a la DFR.

Deberíamos tener al día su información de contacto. Por ejemplo:

- Nombre.
- Dirección
- Número de teléfono
- Cambio de seguro (por ejemplo, inscribirse en otro seguro)

A la División de Recursos Familiares (DFR)

La DFR debe tener actualizada toda su información general. Si se produce un cambio en alguno de ellos, debe comunicarlo a la DFR. Puede llamar al 800-403-0864 para comunicar sus cambios a la DFR o hacerlo por Internet.

- Nombre.
- Dirección
- Número de teléfono
- Cambio en el tamaño familiar

- Cambio en los ingresos

Queremos escuchar lo que piensa de nosotros. Si tiene alguna idea sobre cómo podemos mejorar, cómo podemos servirle mejor, o qué cosas cree que deberíamos cambiar, háganoslo saber. Su opinión es importante. Queremos que sea feliz y esté saludable. Puede hacernos llegar sus comentarios llamando a Servicios para Afiliados al 866-274-5888 TTD/TTY: 711.

Derechos de los Afiliados

Como afiliado, usted tiene DERECHO a:

- Recibir un trato digno y respetuoso al recibir servicios de salud
- Recibir información sobre sus beneficios médicos e información sobre el plan, sus servicios, sus proveedores, sus derechos y responsabilidades como afiliado
- Recibir asistencia lingüística e información en formatos accesibles
- Garantizar su privacidad y la de su expediente médico
- Recibir explicaciones fáciles de entender sobre sus problemas médicos y opciones de tratamiento
- Participar en las decisiones sobre su tratamiento
- Tener acceso al cuidado las 24 horas del día, los 7 días de la semana
- Expresar quejas o presentar apelaciones sobre Humana Healthy Horizons in Indiana o el cuidado que proporciona
- Obtener respuestas rápidas a sus quejas o apelaciones
- Apelar las decisiones tomadas sobre el cuidado de la salud que recibe
- Utilizar los edificios y servicios que cumplan las normas de la Ley para Americanos con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés). Significa que las personas con discapacidades o problemas físicos pueden acceder a los edificios médicos y utilizar servicios importantes
- Pedir una segunda opinión a otro médico
- Solicitar y recibir una copia de sus expedientes médicos, y solicitar que se modifiquen o corrijan
- Negarse a recibir tratamiento o terapia. Si se niega, el proveedor de cuidado de la salud o el plan de salud deben hablar con usted sobre lo que podría ocurrir, y debe incluirse una nota en su expediente médico sobre el rechazo del tratamiento
- Estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión utilizada como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia, de acuerdo con las regulaciones federales. Esto significa que un médico no puede obligarle a hacer algo que usted no quiere hacer. El médico no puede intentar vengarse de usted por algo que usted haya hecho
- Estar libre de restricciones a la libertad de elección entre proveedores de la red
- Recibir información sobre las opciones y alternativas de tratamiento disponibles, independientemente del costo o la cobertura de beneficios, presentada de forma adecuada para su afección y que usted pueda comprender
- Elegir entre recibir los cuidados a largo plazo que necesita en un Centro de Enfermería o en su propio hogar, y recibir cuidados y servicios a través de los Servicios Domiciliarios y Comunitarios para satisfacer sus necesidades de cuidado a largo plazo
- Hacer recomendaciones sobre las políticas de derechos y responsabilidades de los afiliados
- Obtener una copia de sus registros médicos y de reclamaciones sin costo alguno para usted

- Pedir que se corrija su expediente médico y sus registros de reclamaciones si cree que son incorrectos o están incompletos
- Solicitar comunicaciones privadas
- Pedirnos que limitemos lo que utilizamos o compartimos
- Obtener una lista de con quienes hemos compartido información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Darnos su consentimiento para hablar con alguien en su nombre
- Presentar una queja si cree que se violan sus derechos

Puede presentar un reclamo ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, de la siguiente manera:

- enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W. Washington, D.C. 20201.
- llamando al 1-877-696-6775.
- visitando su sitio web en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>

Responsabilidades de los Afiliados

Como afiliado, tiene la RESPONSABILIDAD de:

- Informar a su médico (PMP) sobre sus afecciones médicas lo mejor que pueda.
- Llamar a su médico personal (PMP) para todo su cuidado médico.
- Acudir a todas sus citas. Si no puede acudir a una cita, llame para cancelarla o cambiarla lo antes posible.
- Informarle a su médico si no entiende lo que le dice sobre su afección, su cuidado o lo que debe hacer.
- Llamar a su médico si no está seguro de si está teniendo una verdadera emergencia.
- Seguir los planes e instrucciones de cuidados que acuerden con su profesional médico.
- Seguir las reglas del consultorio médico.

Su información está protegida de muchas maneras. Esto incluye su información escrita, oral o disponible en línea. Humana Healthy Horizons in Indiana está capacitado para proteger su información. Muy pocas personas pueden acceder a su información. La ley nos obliga a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud. Si se produce una violación o parte de su información queda expuesta, se lo comunicaremos rápidamente.

Humana Healthy Horizons in Indiana debe cumplir con las obligaciones y las prácticas de privacidad descritas en este aviso. Debemos darle una copia. Humana Healthy Horizons in Indiana no utilizará ni compartirá su información excepto según se describe aquí, a menos que usted nos informe por escrito que podemos hacerlo.

Puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

No se le tratará de forma diferente si llama con un reclamo o queja formal.

Asistencia y Educación Sobre Incidentes Notificables

En su paquete de bienvenida de Humana Healthy Horizons in Indiana, encontrará información importante sobre todos los tipos de Incidentes Notificables (RI, por sus siglas en inglés). Los proveedores de HCBS están obligados a presentar un informe de incidentes para cualquier incidente notificable en un plazo de cuarenta y ocho (48) horas desde el momento del incidente o de tener conocimiento del mismo. Los incidentes se etiquetarán como Incidentes Críticos (CI, por sus siglas en inglés) cuando se cumplan los criterios.

Si el informe inicial se refiere al fallecimiento de un afiliado o a una acusación o sospecha de abuso, negligencia o explotación, el informe debe presentarse en un plazo de veinticuatro (24) horas a partir del “primer conocimiento” del incidente. Un Incidente Crítico puede incluir, a modo de ejemplo:

- Abuso, negligencia y explotación (ANE, por sus siglas en inglés)
- Fallecimiento inesperado
- Lesiones que requieren asistencia médica de emergencia, incluidas, entre otras, las siguientes:
 - o Una fractura
 - o Una quemadura superior al primer grado (una quemadura menor en la capa externa de la piel)
 - o Asfixia que requiere intervención
 - o Hematomas en los tejidos o la piel blandos
 - o Cortes o laceraciones en la piel
- Pensamientos suicidas o intento de suicidio con potencial para causar daños físicos, lesiones o la muerte
- Admisión de un afiliado a un centro de enfermería, excepto las estadías de relevo
- Un afiliado que se dio a la fuga o está desaparecido
- Apoyo formal o informal que no satisface las necesidades del afiliado, incluida la falta de supervisión que podría significar un riesgo para el afiliado
- Errores en los medicamentos que podrían causar que el afiliado necesite tratamiento médico más allá de una evaluación en la ER/evaluación médica o monitoreo de los signos vitales
- Una residencia que comprometa su salud y seguridad debido a cualquiera de los siguientes motivos:
 - o Una interrupción significativa de un servicio público importante, como el agua o la electricidad
 - o Un problema medioambiental, estructural u otro problema importante
- Problemas ambientales o estructurales asociados a una vivienda en la que vive un afiliado y que comprometen su salud y seguridad
- Un incendio residencial que provoque cualquiera de los siguientes:
 - o Mudarse fuera de la residencia
 - o Lesiones personales
 - o Pérdida de pertenencias o de la residencia
- Una denuncia o sospecha de actividad delictiva por parte de:
 - o Un miembro del personal, empleado o agente del proveedor
 - o Un familiar suyo

- o Usted, cuando su cuidado se vea afectado o pueda verse afectado
- La policía lo detiene a usted o a cualquier persona responsable de su cuidado
- Un disturbio importante o una amenaza para la seguridad pública creada por usted. La amenaza puede ser:
 - o hacia cualquier persona, incluido el personal;
 - o en un entorno interno; y
 - o no tiene por qué estar fuera de su residencia
- Cualquier uso de control que le cause daño
- Caídas con lesiones, de acuerdo con el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de Comportamiento (BRFSS, por sus siglas en inglés) de los CDC de EE. UU.

Cualquier incidente de abuso, negligencia o explotación debe informarse a los Servicios de Protección de Adultos. Estas son las formas de presentar un informe:

- Por teléfono: 800-992-6978
- Informes En Línea: <https://aps-govcloud.my.site.com/APSONlineReport/s/>

Para obtener más información, visite <https://www.in.gov/fssa/da/adult-protective-services/>

Los ANE, los fallecimientos y cualquier otro Incidente Notificable que se produzca en cualquier entorno de HCBS deben notificarse a la FSSA mediante su sitio web: <https://ddrsprovider.fssa.in.gov/IFUR/>.

Quejas Formales y Apelaciones

Consultas (Preguntas)

Una consulta se refiere a una preocupación, dificultad o pregunta expresada por usted. Humana debe resolver sus consultas antes del cierre del siguiente día hábil tras su recepción. Si una consulta no se resuelve en este plazo, se convierte en una queja formal.

Quejas Formales

Esperamos que esté contento con Humana y con el servicio que le proporcionamos. Si no está conforme con algo, háganoslo saber. Queremos que se comuniquen con nosotros para poder ayudarle.

Las quejas formales y las apelaciones no son lo mismo. Puede utilizar el proceso de apelación o queja formal, dependiendo del tipo de dificultad que tenga. Una apelación es una solicitud para que Humana revise una determinación adversa de beneficios (denegación de beneficios). Una queja formal es cualquier otra insatisfacción que no implique una determinación adversa de beneficios.

Si tiene algún reclamo o problema con el cuidado que recibe, puede presentarnos una queja formal. Puede presentar una queja formal por escrito o llamando a Servicios para Afiliados. También puede completar su Queja Formal en [es-www.humana.com](https://www.humana.com).

Primero puede hablar con su médico o proveedor si tiene alguna pregunta o inquietud sobre su cuidado. Pueden colaborar con usted para solucionar el problema. Si el problema no se soluciona, puede Servicios para Afiliados.

Si es necesario, podemos ayudarle a presentar una queja formal. También puede recibir ayuda de otras personas. Las personas que pueden ayudarle son las siguientes:

- Alguien que usted elija para que actúe en su nombre, con su consentimiento por escrito
- Su tutor legal
- Un proveedor que usted elija para que actúe en su nombre, con su consentimiento por escrito
- Intérpretes que le proporcionaremos, si es necesario

Puede comunicarnos su Queja Formal de una de las siguientes maneras:

- Llamar a Servicios para Afiliados al 866-274-5888 (TTD/TTY: 711)
- Completar el formulario que se encuentra al reverso de este Manual para Afiliados
- Escribirnos una carta
 - o Asegúrese de incluir en la carta su nombre y apellido, el número de afiliado que figura en el frente de su tarjeta de identificación del afiliado de Humana, y su dirección y número de teléfono. Esto nos permitirá comunicarnos con usted si es necesario. También debe enviar cualquier información que ayude a explicar su problema
- Presentar una solicitud en línea en es-www.humana.com
- Enviar su queja formal por fax al 800-949-2961
- Enviar el formulario o la carta por correo a:

Humana
Grievance and Appeals Department
P.O. Box 14163
Lexington, KY 40512

Le enviaremos una carta en el plazo de tres (3) días hábiles a partir del día en que recibimos su queja formal para informarle que la recibimos.

A continuación, lo revisaremos y le enviaremos una carta en un plazo de 30 días calendario para comunicarle nuestra decisión. Si su queja formal es consecuencia de una crisis de salud, solicite una revisión acelerada (más rápida). Las quejas formales aceleradas se revisarán en un plazo de 48 horas a partir de su recepción.

No se adoptarán represalias en contra de estas partes:

- Usted, si presenta una queja formal
- Un proveedor que apoye su queja formal o presente una queja formal en su nombre, con su consentimiento por escrito

Apelaciones

Si tiene preguntas o inquietudes acerca de no recibir el cuidado que necesita, puede presentar una apelación ante Humana. Puede presentar una apelación por escrito, llamando a Servicios para Afiliados o completando su apelación en línea en es-www.humana.com.

Si está disconforme con una denegación de beneficios o una medida que tomamos, usted o su representante autorizado pueden presentar una apelación. Una apelación es solicitar una revisión porque usted no está de acuerdo con una decisión que ha tomado el Estado o Humana. Tiene derecho a presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión. No tiene que pagar para presentación una apelación. También puede apelar si Medicaid o Humana dejan de proporcionar o pagar la totalidad o parte de un servicio de cuidado de la salud, suministro o medicamento recetado que usted cree que sigue necesitando.

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 Adversa de Beneficios. Puede presentarla por teléfono o por escrito.

Si es necesario, podemos ayudarle a presentar una apelación. También puede recibir ayuda de otras personas. Las personas que pueden ayudarle son las siguientes:

- Alguien que usted elija para que actúe en su nombre, con su consentimiento por escrito
- Su tutor legal
- Un proveedor que usted elija para que actúe en su nombre, con su consentimiento por escrito
- Intérpretes que le proporcionaremos, si es necesario

Para presentar una apelación, puede:

- Llamar a Servicios para Afiliados al 866-274-5888 (TTD/TTY: 711)
- Completar el formulario que aparece al reverso de este manual y enviarlo a la dirección que se indica a continuación
- Escribirnos una carta
 - o Asegúrese de indicar su nombre y apellido, el número de afiliado del frente de su tarjeta de identificación de Humana y su dirección y número de teléfono en la carta. Esto nos permitirá comunicarnos con usted si es necesario. También debe enviar cualquier información que ayude a explicar su apelación
- Presentar una solicitud en línea en <https://resolutions.humana.com/grievances-appeals-forms/member-info>
- Enviar su apelación por fax al 800-949-2961
- Enviar el formulario o la carta por correo a:
Humana
Grievance and Appeals Department
P.O. Box 14163
Lexington, KY 40512

Le enviaremos una carta en el plazo de tres (3) días hábiles a partir de la recepción de su solicitud de apelación para informarle que la recibimos.

Una vez finalizada la revisión de su apelación, le enviaremos una carta en un plazo de 30 días calendario para comunicarle nuestra decisión. Usted o una persona que haya elegido para representarle pueden hacer lo siguiente:

- Revisar toda la información utilizada para tomar la decisión
- Proporcionar más información durante todo el proceso de revisión de la apelación
- Examinar el expediente del caso del Afiliado antes y durante el proceso de apelación
 - o Esto incluye expedientes médicos, otros documentos y cualquier evidencia nueva o adicional que se considere, en la que se confíe o que generemos, o bajo nuestra dirección, en relación con la apelación

Esta información se proporcionará de forma gratuita y con antelación suficiente al plazo de resolución.

Si cree que esperar el plazo de 30 días para resolver una apelación podría perjudicar gravemente su

salud, puede solicitar que decidamos más rápido y aceleremos la apelación. Para que su apelación se tramite con rapidez, se deben cumplir los siguientes criterios:

- Un retraso podría poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para lograr, mantener o recuperar el máximo de sus funciones.

Tomamos decisiones sobre apelaciones aceleradas en un plazo de 48 horas o tan rápido como sea necesario en función de su salud. No se adoptarán represalias en contra de estas partes:

- Usted o el proveedor que presenta una apelación.
- Un proveedor que apoya su apelación o presenta una apelación en su nombre, con consentimiento por escrito.

Si extendemos el plazo para su apelación o apelación acelerada, haremos los esfuerzos razonables para notificarle de inmediato y verbalmente la demora, y notificarle por escrito el motivo de la decisión de extender el plazo dentro de dos (2) días calendario. Si necesitamos extender el plazo de su apelación, lo haremos:

- Le escribiremos para indicarle qué información se necesita. Para apelaciones aceleradas, le llamaremos de inmediato y después enviaremos un aviso por escrito.
- Le explicaremos por qué la demora es en su mejor interés.
- Tomaremos una decisión a más tardar 14 días después del día que le pedimos más información.

Puede presentar, en persona o por escrito, pruebas (como expedientes médicos, declaraciones de respaldo de un proveedor, etc.) para incluirlas en la presentación de su apelación antes de que finalice el plazo de resolución de la apelación. Para una apelación estándar debemos recibir esta información dentro de 30 días calendario a partir de la recepción de su apelación. Para una apelación acelerada, debemos recibir toda la información de respaldo en un plazo de 48 horas a partir de la recepción de la apelación.

Revisión Externa por una Organización de Revisión Independiente

Si no está de acuerdo con la decisión de la apelación, también puede solicitar una Revisión Externa por una Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés). Usted o su representante autorizado deben solicitar la revisión de la IRO por escrito en un plazo de 120 días calendario a partir de la fecha que figura en la carta de decisión sobre la apelación. La IRO se llevará a cabo sin costo alguno para usted. Solicitar una revisión externa no limita su capacidad para solicitar una audiencia imparcial estatal. Puede solicitar la revisión por parte de una IRO y una audiencia imparcial estatal al mismo tiempo.

La IRO tomará una decisión sobre su apelación en un plazo de 15 días hábiles para una apelación estándar, o de 72 horas en caso de una apelación acelerada. La decisión de la IRO es vinculante, lo que significa que Humana acatará su decisión. Para solicitar la Revisión Externa por una Organización de Revisión Independiente, comuníquese con Humana por escrito.

Información que debe incluirse al solicitar una Revisión Externa:

- Nombre.
- Número de identificación de Medicaid.
- Un número de teléfono en el que podamos comunicarnos con usted.
- El motivo de su apelación.
- Cualquier información que usted considere que es importante para su solicitud de apelación (como documentos, expedientes médicos o cartas de su proveedor).

Audiencia Imparcial Estatal

Una vez que se tome una decisión sobre su apelación, se le enviará una carta de aviso de resolución de apelación. También le informaremos el motivo de la decisión. Si considera que la decisión no es correcta, puede solicitar una audiencia imparcial estatal. Puede escribir una carta diciéndole al estado por qué cree que la decisión de la apelación es incorrecta. Asegúrese de incluir también su nombre y otra información importante, como las fechas de la decisión, que figuran en la carta. Envíe su apelación por fax al:

Correo: Office of Administrative Law Proceedings
100 N. Senate Avenue, Room N802,
Indianapolis, IN 46204

Teléfono: 317-234-3488 o 866-259-3573 (llamada gratuita)

Fax: 317-232-4412

Correo electrónico: fssa.appeals@oalp.in.gov

Si presenta una solicitud de audiencia imparcial estatal, debe hacerlo en un plazo de 120 días calendario a partir de la fecha de la carta de denegación. Si su apelación se refiere a un servicio que sigue utilizando, como el cuidado de la salud en el hogar, recibirá un preaviso de al menos 10 días antes de que se suspenda el servicio.

En la audiencia imparcial estatal, puede hablar por sí mismo o contar con la ayuda o representación de un asesor legal, un amigo, un familiar o alguien en quien confíe para que hable por usted. Se le mostrará todo el expediente de su caso médico. Se le mostrarán todos los materiales utilizados por la FSSA, la oficina de su condado, el proveedor o Humana relacionados con su apelación y que se utilizaron para tomar la decisión original.

Continuación de los Beneficios durante el Proceso de Apelación

Para algunas denegaciones de servicios, puede solicitar continuar recibiendo los servicios durante el proceso de apelación y Audiencia Imparcial de Medicaid. Los servicios que pueden continuar deben ser servicios que ya esté recibiendo, incluidos los servicios que se están reduciendo o finalizando. Además, el plazo original de esos servicios no debe haber expirado. Continuaremos los servicios si usted solicita la continuación de los beneficios en un plazo de diez (10) días a partir de nuestra carta con el Aviso de Determinación Adversa de Beneficios, o antes de la fecha en que le informamos que los servicios se reducirían o finalizarían, lo que ocurra más tarde. Sus beneficios continuarán hasta que ocurra una de las siguientes situaciones:

- Hasta que finalice el período de autorización original de sus servicios.
- Si no solicita una audiencia imparcial estatal y sus beneficios continúan durante 10 días calendario a partir de la fecha de la carta de la decisión de denegar el servicio o la decisión de apelación.
- Usted retira su apelación.
- Después de una Audiencia Imparcial de Medicaid, el Juez de Derecho Administrativo falla en su contra.

Si el Juez de Derecho Administrativo está de acuerdo con la primera decisión de Humana de denegarle el servicio, es posible que tenga que pagar por estos servicios.

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

Un Mediador es un defensor certificado. Humana ha designado a un miembro del personal para que actúe como su defensor y enlace entre los APS y cualquier Mediador estatal pertinente. Si lo desea, el Mediador Estatal o los APS pueden participar en su equipo de cuidado de la salud. Puede analizar sus preferencias con su coordinador de servicios de Humana.

Puede comunicarse con el Programa de Mediador por el siguiente medio:

<https://www.in.gov/ombudsman/long-term-care-ombudsman/contact-information/>

Para obtener ayuda o si necesita información adicional, comuníquese con:

Office of the Long Term Care Ombudsman

402 West Washington Street, Room W451

Post Office Box 7083, MS 27

Indianapolis, Indiana 46207-7083

Línea de información/reclamaciones: 800-622-4484 o 317-232-7134

Número de Fax: 317-972-3285

Correo electrónico: LongTermCareOmbudsman@ombudsman.IN.gov

Fraude, Malgasto y Abuso

Fraude, malgasto y abuso significa infringir las reglas para obtener un beneficio personal. El fraude puede ser cometido por proveedores, farmacias o afiliados. Algunos ejemplos de fraude, malgasto y abuso por parte de proveedores incluyen a médicos u otros proveedores de cuidado de la salud que:

- Facturan servicios más costosos que los proporcionados.
- Facturan por pruebas o servicios no proporcionados.
- No proporcionan a los pacientes servicios necesarios por razones médicas debido a tarifas de reembolso más bajas.
- Recetan medicamentos, equipos o servicios que no son necesarios por razones médicas.
- Evitan que los afiliados reciban servicios cubiertos, lo que redundará en una subutilización de los servicios ofrecidos.
- Utilizan un código médico incorrecto a propósito para obtener más dinero.
- Programan consultas de seguimiento más frecuentes que las necesarias por razones médicas.
- No dispensan medicamentos como está escrito.
- Envían reclamaciones por un medicamento de marca que cuesta más, pero le dan a usted un medicamento genérico que cuesta menos.

Los siguientes son algunos ejemplos de fraude, malgasto y abuso por parte de los afiliados:

- Utilizar servicios de manera inapropiada, como vender narcóticos recetados o tratar de obtener sustancias controladas de más de un proveedor o farmacia.
- Cambiar o falsificar recetas.

- Usar medicamentos que no necesita.
- Compartir su tarjeta de identificación del afiliado con otra persona.
- No divulgar que usted tiene otra cobertura de seguro de salud.
- Obtener equipos y suministros innecesarios.
- Recibir servicios o recoger medicamentos con la identificación de otra persona (robo de identidad).
- Dar síntomas erróneos y otra información incorrecta a los proveedores para obtener tratamiento, medicamentos, etc.
- Acudir repetidamente a la ER por problemas que no son de emergencia.

Cuando se demuestre que hay afiliados de Medicaid que han abusado o utilizado mal sus beneficios cubiertos, puede que estos:

- Tengan que devolver el dinero que pagamos por servicios para los que se determinó que se hizo un uso indebido de los beneficios.
- Sean procesados por un delito y vayan a la cárcel.
- Pierdan sus beneficios de Medicaid.
- Queden limitados a un PMP, un profesional que receta sustancias controladas, una farmacia o un hospital para servicios que no sean de emergencia.

Denuncia de Fraude, Malgasto o Abuso

Si considera que un médico, una farmacia o un afiliado está cometiendo fraude, malgasto o abuso, debe informarnos. Puede llamar a nuestra línea de denuncias de fraudes, enviar un correo electrónico o completar y enviar por correo un formulario. No es necesario que les diga su nombre si llama o escribe. Si no proporciona su información personal, no podremos llamarle para obtener otra información. No envíe información personal confidencial por correo electrónico. Su denuncia se mantendrá como información confidencial en la medida que lo permita la legislación.

Tenemos un programa integral de fraude, malgasto y abuso en nuestro Departamento de Investigaciones Especiales (SIU, por sus siglas en inglés). Está diseñado para manejar casos de fraude en el cuidado médico administrado. Ayúdenos denunciando situaciones cuestionables.

Monitoreamos y actuamos en caso de fraude, malgasto y abuso en relación con todos los proveedores, farmacias o afiliados. Presente su denuncia de una de las siguientes maneras:

- Llame al 800-614-4126 (TTD/TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Seleccione la opción del menú para denunciar fraude.
- Complete el Formulario de Denuncia de Fraude, Malgasto y Abuso.
- Puede escribir una carta y enviárnosla por correo a:

Humana

Attn: Special Investigations Unit

1100 Employers Blvd.

Green Bay, WI 54344

- Puede ir a nuestro sitio web: es-www.humana.com/legal/fraud-waste-and-abuse y completar el formulario.

No es necesario que nos indique su nombre cuando escribe o llama por teléfono. Hay otras maneras en que puede comunicarse con nosotros que no son anónimas. Si no le preocupa dar su nombre, también puede utilizar una de las siguientes maneras para comunicarse con nosotros:

- Envíe un correo electrónico* a siureferrals@humana.com o ethics@humana.com
- Envíenos un fax al 1-920-339-3613

Si denuncia fraude, malgasto o abuso, díganos todos los detalles que pueda. Incluya nombres y números de teléfono. Puede mantener el anonimato. Si lo hace, no nos será posible llamarle por teléfono para brindarle información adicional. Su denuncia se mantendrá como información confidencial en la medida que lo permita la legislación.

* La mayoría de los sistemas de correo electrónico no están protegidos frente a terceros. Esto significa que otras personas pueden acceder a su correo electrónico sin que usted lo sepa o dé su aprobación. No utilice el correo electrónico para comunicarnos información que considere confidencial. Como su número de identificación de afiliado, número de Seguro Social o información de salud. En su lugar, utilice el formulario o el número de teléfono que se indica arriba.

Esto puede ayudar a proteger su privacidad.

Si desea denunciar un fraude directamente a la FSSA, puede hacerlo:

Llame gratis al: 800-403-0864, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 4:30 p.m. Seleccione la opción 5. Cuando el sistema se lo solicite, ingrese su código postal.

Fax: 317-234-2244

Envíe un correo electrónico a: ReportFraud@fssa.IN.gov

Líneas de Denuncia de Fraudes

Llame gratis al: 800-403-0864, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 4:30 p.m. Seleccione la opción 5. Cuando el sistema se lo solicite, ingrese su código postal.

Fax: 317-234-2244

Envíe un correo electrónico a: ReportFraud@fssa.IN.gov

Direcciones Postales de Notificación de Fraudes:

FSSA Compliance Division

Room E-414

402 W. Washington St.

Indianapolis, IN 46204

Instrucciones Anticipadas

Las instrucciones anticipadas son instrucciones que usted da sobre su futuro cuidado médico en caso de que llegue un momento en que no pueda hablar o tomar decisiones por sí mismo. Tener Instrucciones Anticipadas no le quitará el derecho a decidir sus opciones actuales de cuidado de la salud. Las Instrucciones Anticipadas también le permiten nombrar a una persona para que tome decisiones sobre su cuidado de la salud. Esta persona ayuda a su familia y a su médico a comprender sus deseos. Con las instrucciones anticipadas, usted puede:

- Comunicarle a su médico si desea o no utilizar máquinas de soporte vital.
- Informarle a su médico si desea ser donante de órganos.

- Dar permiso a otra persona para que diga “sí” o “no” a sus tratamientos médicos.

Las instrucciones anticipadas solo se utilizan si usted no puede hablar por sí mismo. No le quita el derecho a tomar una decisión diferente si más adelante puede hablar por sí mismo. Para hacer instrucciones anticipadas:

- Hable con su médico y su familia.
- Elija a alguien que hable o decida por usted, conocido como representante de cuidado de la salud.
- Cree un Poder Legal o Testamento en Vida.

Tipos de Instrucciones Anticipadas Reconocidas en Indiana

- Representante de Cuidado de la Salud
- Declaración de Testamento en Vida o Declaración de Procedimientos para Prolongar la Vida
- Donación de órganos y tejidos
- Declaración y Orden de No Reanimar Fuera del Hospital y Órdenes del Médico sobre el Alcance del Tratamiento (POST, por sus siglas en inglés)
- Poder Legal
- Instrucciones anticipadas psiquiátricas

Para obtener más información sobre las Instrucciones Anticipadas y encontrar formularios a su disposición, visite Indiana Health Care Quality Resource Center en <https://www.in.gov/isdh/25880.htm>.

Instrucciones Anticipadas sobre Salud Mental

También puede indicar sus preferencias específicas con respecto al tratamiento de salud mental. Por ejemplo, tal vez no desee recibir ciertos tipos de medicamentos o tratamientos.

Las instrucciones anticipadas de salud mental deben hacerse por escrito. Usted debe firmarlo y fecharlo, y debe ser certificado por dos testigos adultos o un escribano.

Para obtener más información sobre cómo puede indicar sus preferencias sobre el tratamiento de salud mental que desea recibir, visite es-www.humana.com/healthyIndiana.

Testamento en Vida

Un Testamento en Vida le permite dejar instrucciones en estas áreas importantes:

- Rechazar o solicitar un tratamiento para prolongar la vida (un tratamiento que se lleva a cabo para mantener la vida de una persona con una enfermedad crítica y salvarle la vida).
- Rechazar o solicitar alimentación o hidratación artificial (sonda de alimentación o hidratación intravenosa).
- Expresar sus deseos con respecto a la donación de órganos.

Un Sustituto de Cuidado de la Salud puede tomar decisiones de cuidado de la salud por usted si usted pierde la capacidad de decidir por sí mismo.

Elija a la persona mejor calificada para que sea su Sustituto de Cuidado de la Salud. Además, considere seleccionar a una persona de respaldo en caso de que su primera opción no esté disponible cuando sea necesario. Asegúrese de decirle a la persona que la ha nombrado Sustituto

de Cuidado de la Salud. Sus deseos deben establecerse específicamente en el Testamento en Vida.

Los Testamentos en Vida deben hacerse por escrito. Deben estar firmados y fechados por usted y atestiguados de acuerdo con la ley de Indiana.

Comité de Asesoría para Afiliados

Humana se complace en ofrecerle la oportunidad de ayudarnos a mejorar. Le invitamos a formar parte de su Comité de Asesoría para Afiliados. Como afiliado del Comité, puede compartir con nosotros cómo podemos servirle mejor.

Asistir le ofrece la oportunidad de conocer a otros afiliados del Plan de su comunidad. Puede traer a un familiar, cuidador o amigo cercano. Humana desea saber cómo podemos mejorar- Si no puede asistir personalmente, puede reunirse con nosotros por teléfono.

Si desea asistir o desea obtener más información, comuníquese con nosotros.

LLAME AL: 866-274-5888

TTD/TTY: 711

SITIO WEB: es-www.humana.com/healthyIndiana

La Discriminación es Ilegal

Humana Inc. y sus subsidiarias no discriminan ni excluyen a las personas por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, origen étnico, estado civil, religión o idioma. La discriminación es ilegal. Humana y sus subsidiarias cumplen con las leyes aplicables de Derechos Civiles Federales.

Humana Inc. y sus subsidiarias:

- Proporcionan recursos y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse con nosotros eficazmente, tales como:
 - o Intérpretes acreditados de lenguaje de señas
 - o Información por escrito en otros formatos (letra de imprenta grande, sonido, formatos de acceso electrónico o de otro tipo)
- Proporcionan servicios gratuitos de idiomas para personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
 - o Intérpretes acreditados
 - o Información por escrito en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para Afiliados al 866-274-5888 (TTD/TTY: 711).

Si usted cree que Humana Inc. o sus subsidiarias no le han proporcionado estos servicios o lo han discriminado de otra forma por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal a:

Discrimination Grievances

P.O. Box 14163

Lexington, KY 40512 – 4618

866-274-5888 (TTD/TTY: 711) o, si utiliza un TTD/TTY, llame al 711.

Usted puede presentar una queja formal por correo o por teléfono. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, Servicios para Afiliados se encuentra a su disposición.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201
800-368-1019, 800-537-7697 (TTD/TTY)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Otros Detalles del Plan

Avisos de Privacidad

Este aviso describe cómo puede utilizarse y compartirse legalmente la información sobre su salud. Si se utiliza su información, Humana Healthy Horizons in Indiana debe seguir las reglas Estatales y federales. Tiene derecho a saber lo que se ha compartido.

ACE de seguros

Aviso sobre Prácticas de Privacidad

EN ESTE AVISO SE DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA, Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LE PEDIMOS QUE LO REVISE CUIDADOSAMENTE.

La privacidad de su información personal y de salud es importante. No necesita hacer nada, a menos que tenga una solicitud o algún reclamo.

Este Aviso sobre Prácticas de Privacidad se aplica a todas las entidades que forman parte del ACE de Seguros, una entidad afiliada cubierta conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés). ACE es un grupo de entidades cubiertas legalmente separadas que están afiliadas y se han designado a sí mismas como una única entidad cubierta a los fines de la Ley HIPAA. La lista completa de las entidades de ACE se encuentra disponible 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 hayamos creado o recibido antes de realizar los cambios. Cuando realicemos un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, modificaremos este aviso y enviaremos a los afiliados de nuestros planes de salud el aviso correspondiente.

¿Qué es la información personal o de salud 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 la 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. 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 de obligaciones 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
- A la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos

Tenemos derecho a utilizar y divulgar su información:

- A un médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud para que usted pueda recibir cuidado médico.
- Para actividades de pago, incluido el pago de las reclamaciones de los servicios cubiertos que le fueran proporcionados por proveedores de cuidado de la salud y el pago de las primas del plan de salud.
- Para actividades operativas del cuidado de la salud, lo que incluye procesar su afiliación, responder 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 realizar las funciones de administración del plan, como actividades de elegibilidad, afiliación y desafiliación. En ciertas situaciones, podemos compartir con el patrocinador de su plan información de salud resumida sobre usted. Por ejemplo, para permitir que el patrocinador de su plan obtenga ofertas de otros planes de salud. Su información de salud detallada no se compartirá con el patrocinador de su plan. Le 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 siempre que la información se relacione directamente con su participación en el cuidado de su salud o el pago

ACE de seguros

Aviso sobre Prácticas de Privacidad (continuación)

de dicho cuidado. Por ejemplo, si un miembro de su familia 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 con respecto a temas como abuso, negligencia o violencia familiar.
- En respuesta a una orden administrativa o del tribunal, citación, solicitud de revelación u otros procesos legales.
- A los efectos de hacer valer la ley, a autoridades militares y según lo exija la ley.
- Para ayudar en tareas de recuperación en caso de desastres.
- Para programas de cumplimiento y actividades de supervisión de la salud.
- Para cumplir con nuestras obligaciones conforme a cualquier ley o contrato de compensación laboral.
- Para contrarrestar una amenaza grave e inminente para su salud o seguridad o para la salud y seguridad de otros.
- Con fines de investigación en circunstancias limitadas y siempre que se hayan tomado las medidas apropiadas para proteger su privacidad.
- Para obtención, almacenamiento o trasplante de órganos, ojos o tejido.
- A un juez de instrucción, examinador médico o director funerario.

¿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 su permiso por escrito:

- La mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia
- Fines de comercialización
- La venta de información personal y de salud

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

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

¿Cuáles son mis derechos con respecto a mi información?

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 peligro su vida, 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 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 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 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 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.
- Aviso: Usted tiene derecho a solicitar y recibir una copia impresa de este aviso en cualquier momento.
- Restricción: Tiene derecho a pedir que se limite la forma 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.

ACE de seguros

Aviso sobre Prácticas de Privacidad

(continuación)

Si creo que se ha violado mi privacidad, ¿qué debo hacer?

Si cree que violaron su privacidad de alguna manera, puede presentar un reclamo llamándonos al 1-866-861-2762 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 suministraremos la dirección regional de la OCR que corresponda, si así lo solicita. También puede enviar su reclamo 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

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con 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 1-866-861-2762.
- Acceda a nuestro sitio web en es-www.humana.com y vaya al enlace de Privacy Practices (Prácticas de Privacidad).
- Envíe el formulario de solicitud completado a:
Humana Inc. Privacy Office 003/10911
101 E. Main Street
Louisville, KY 40202

Opciones

Usted puede elegir qué información compartimos y con quién la compartimos. Es posible que tenga que dar permiso por escrito para compartirlo.

Si no puede elegir, por ejemplo mientras está inconsciente, podemos compartir información si creemos que es lo mejor para usted.

Es posible que no podamos compartir su información con otras personas a menos que nos dé su consentimiento por escrito. Puede tratarse de un familiar o un amigo cercano que pague sus cuidados.

Utilizaciones

Humana utiliza su información para diferentes propósitos. La utiliza para ayudarle a recibir un mejor cuidado, realizar investigaciones y para cumplir la ley.

Otros Seguros/Subrogación

Si tiene otro seguro médico, llame a Servicios para Afiliados al 866-274-5888 (TTD/TTY: 711) para informarnos. Puede tener un seguro médico por su trabajo, o sus hijos pueden tener el seguro de su otro progenitor.

También debe comunicarse con nosotros si ya no tiene el seguro médico que nos había informado previamente. No darnos esta información puede causar problemas para obtener cuidado médico y facturas.

Los proveedores enviarán la factura en primer lugar a su seguro primario. Después de que su seguro primario pague su parte, su proveedor nos facturará a nosotros. Nosotros pagaremos el saldo después de que el seguro primario haya pagado su parte (hasta la cantidad que hubiéramos pagado nosotros como seguro primario). Debe hacernos saber de inmediato si su otro seguro cambia.

Otra compañía de seguros podría tener que pagar la factura del médico o del hospital si:

- Resulta herido en un accidente de automóvil.
- Lo muerde un perro.
- Se cae y se lastima en una tienda.

Esta información ayudará a evitar demoras en el procesamiento de sus beneficios. Puede llamar a Servicios para Afiliados para indicarnos el nombre de:

- La persona culpable.
- La compañía de seguros que tenga esta persona.
- Cualquier abogado involucrado.

Solicitud de Expedientes Médicos

Humana NO guarda copias completas de su expediente médico. Si desea una copia de su expediente médico, comuníquese con su proveedor. El conjunto de registros designados por Humana incluye registros de afiliación, información sobre reclamaciones y registros de pagos realizados en su nombre.

- Si desea una copia de su información, envíe una solicitud por escrito al responsable de privacidad de Humana o llame a servicios para afiliados.

- Humana le brindará una copia de sus expedientes médicos en cualquier momento.
- Humana responderá a las solicitudes dentro de los 30 días posteriores a su recepción.
- Humana puede pedir 30 días más si es necesario. Le avisaremos si necesitamos más tiempo.
- Humana tiene derecho a impedir que usted tenga o vea todos o parte de sus registros por motivos específicos relacionados con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) y la Ley Estatal.
- Humana le comunicará los motivos por escrito.
- Humana le dará información sobre cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Palabras y Acrónimos utilizados en este manual

Administración de Servicios Familiares y Sociales (FSSA, por sus siglas en inglés)	Una agencia coordinadora responsable de administrar la mayoría de los programas de asistencia pública de Indiana; incluye la oficina de Planificación de Políticas de Medicaid, la División de Envejecimiento, la División de Recursos Familiares, la División de Salud Mental y Adicción y la División de Servicios de Discapacidad y Rehabilitación.
Afiliado Elegible	Persona certificada por el estado como elegible para recibir asistencia médica.
Apelación	Una solicitud escrita o verbal para que se anule una decisión.
Autorización Previa	Se requiere autorización para la prestación de determinados servicios. El contratista de servicios médicos y los consultores médicos del estado revisan la PA según la necesidad médica, la razonabilidad y otros criterios. La PA debe obtenerse antes del servicio para que los beneficios se proporcionen en un plazo determinado, excepto en ciertos casos permitidos.
Beneficio	Cobertura de cuidado de la salud que recibe un afiliado de Medicaid para el tratamiento de enfermedades, lesiones u otras afecciones permitidas por el Estado.
Copago	Una forma de costo compartido. Los copagos se refieren a una cantidad específica en dólares que una persona pagará por un servicio en particular, independientemente del precio cobrado por el servicio. El pago puede cobrarse en el momento del servicio o facturarse más tarde.
Dentro de la Red	Cuando un médico, hospital u otro proveedor acepta su plan de seguro de salud, significa que pertenece a la red. También los llamamos proveedores participantes.
División de Recursos Familiares (DFR, por sus siglas en inglés)	Una división de la Administración de Servicios Familiares y Sociales. La Agencia estatal que determina la elegibilidad para Medicaid, ofrece ayuda para capacitación laboral, asistencia pública, asistencia nutricional suplementaria y otros servicios.
Entidad de Cuidado Médico Administrado (MCE, por sus siglas en inglés) u Organización de Cuidado Médico Administrado (MCO, por sus siglas en inglés)	Organizaciones o planes de salud que supervisan el cuidado general de un paciente para garantizar un cuidado de la salud de calidad y asequible a sus afiliados.

Examen Físico Anual	Consultas anuales a un PMP para controlar su salud. A menudo se denomina consulta de bienestar, examen médico preventivo o chequeo.
Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés)	Una explicación de los servicios prestados por su proveedor y los pagos efectuados por dichos gastos.
Instrucciones anticipadas o testamento en vida	Una explicación por escrito de los deseos de una persona sobre los tratamientos médicos. A menudo se denomina testamento en vida. Esto garantiza que se cumplan los deseos si una persona no puede comunicárselo a un proveedor.
Manejo de Casos	Programa para afiliados con afecciones de salud especiales que ayuda a los afiliados a manejar sus afecciones mediante el contacto rutinario y la ayuda de su plan de salud.
Necesario por Razones Médicas	Servicios o suministros de cuidado de la salud necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una lesión, afección, enfermedad o sus síntomas y que cumplen con los estándares aceptados de la medicina.
Número de Identificación de Medicaid	El número único asignado a un afiliado que reúne los requisitos para recibir servicios de Medicaid. Este número figura en el reverso de su tarjeta de Identificación de Afiliado.
Programas de Cobertura de Salud de Indiana	El nombre utilizado para describir todos los programas de asistencia de salud pública de Indiana, como Medicaid, PathWays y CHIP.
Proveedor Médico de Cuidado Primario (PMP, por sus siglas en inglés)	Médico o profesional de enfermería de práctica avanzada cuya práctica se dedica principalmente a la medicina interna, la medicina familiar/general y la pediatría. Un ginecólogo/obstetra puede considerarse un proveedor médico de cuidado primario.
Proveedor No Participante	Un profesional de cuidado de la salud con licencia que no ha firmado un contrato para prestar servicios. Puede tratarse de un médico, un hospital u otro proveedor.
Prueba de Detección de Necesidades de la Salud (HNS, por sus siglas en inglés)	Los afiliados deben completar un cuestionario para que estemos informados sobre cualquier afección de salud que tengan. Le permite al plan de salud poner en contacto a los afiliados con los programas y servicios adecuados.
Queja formal	Una queja sobre el plan de salud o los proveedores.
Servicios Comunitarios y Basados en el Hogar (HCBS, por sus siglas en inglés)	Servicios que se proporcionan, de conformidad con la exención de la Sección 1915(c) de Indiana, como alternativa a los servicios institucionales de cuidados a largo plazo en un centro de enfermería o un Centro de Cuidados Intermedios para Personas con Discapacidad Intelectual (ICF/IID, por sus siglas en inglés) o para retrasar o evitar el ingreso en un centro de enfermería.
Servicios Cubiertos	Servicios médicos obligatorios exigidos por los CMS y servicios médicos opcionales aprobados por el estado que paga Medicaid. Algunos ejemplos de servicios cubiertos son la cobertura de los medicamentos recetados y las visitas al consultorio.

Oficina de Reclamos y Apelaciones de Humana Healthy Horizons

FORMULARIO PARA LA DESIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE

Nombre del/de la afiliado/a _____

N.º de identificación de Medicaid _____ Número de referencia _____

El afiliado debe completar esta sección.

Elijo a _____ para que actúe en mi nombre.
(Aquí se escribe el nombre del tutor o representante legal).

☐ Mi tutor legal o representante puede hablar sobre todo lo relacionado con mis servicios médicos.

☐ Mi tutor legal o representante puede tener todos los documentos **directamente** relacionados con mi caso.

El afiliado firma aquí

Fecha

Dirección _____

Número de teléfono _____

El tutor o representante legal debe completar esta sección.

Soy el/la _____ de _____.
(cónyuge, hijo/a, amigo/a, abogado u otro) (El nombre del afiliado va aquí.)

Acepto representar o actuar en nombre de _____.
(El nombre del afiliado va aquí.)

El tutor legal o representante debe firmar aquí.

Fecha de la firma

Dirección _____

Número de teléfono _____

Humana
Healthy Horizons®
in Indiana

Usted tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. **866-274-5888 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este.

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.

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

繁體中文 (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。

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

Nederlands (Dutch) Bel het bovenstaande nummer om gratis taalkundige hulp te ontvangen.

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

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

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

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

हिंदी (Hindi) भाषा सहायता सेवाएं मुफ्त में प्राप्त करने के लिए ऊपर के नंबर पर कॉल करें ।.

日本語 (Japanese) 無料の言語支援サービスを受けるには、上記の番号までお電話ください。

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

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

Srpsko-hrvatski (Serbo-Croatian) Nazovite gore navedeni broj ako želite besplatne usluge jezične pomoći.

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

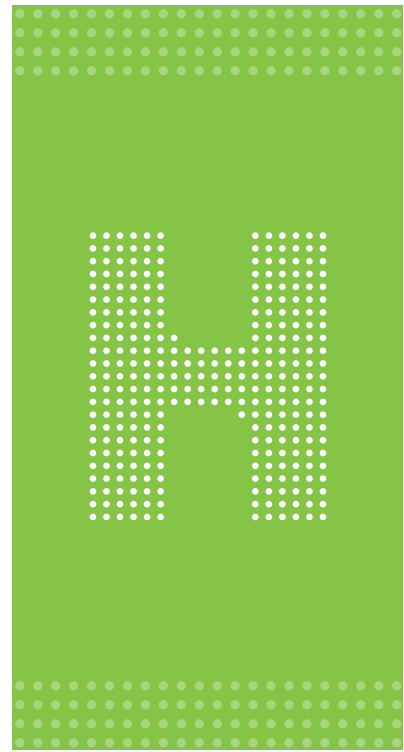
Este aviso está disponible en **es-www.humana.com/IndianaDocuments**.

Humana Healthy Horizons in Indiana es un producto de Medicaid de Arcadian Health Plan, Inc.



¿Tiene preguntas?

Llame a Servicios para Afiliados
al 866-274-5888 (TTY: 711).



Humana
Healthy Horizons®
in Indiana

INHM3ZUSP