



# Indiana Pathways for Aging Manual para los afiliados

Año del plan 2024

Cuidado médico administrado por Medicaid

Fecha de emisión: 07/01/24

# Índice

<b><u>Bienvenido a Indiana Pathways for Aging..</u></b>	4
Contacto .....	4
Horario de atención .....	4
<b><u>Colaborar con su Humana Healthy</u></b>	
<b><u>Horizons in Indiana</u></b> .....	4
<b><u>Asistencia lingüística</u></b> .....	5
Número de teléfono de ayuda lingüística ...	6
Asistencia auditiva y del habla.....	6
<b><u>Elegibilidad</u></b> .....	6
<b><u>Indio americano/nativo de Alaska</u></b> .....	6
Proceso de exclusión del cuidado	
médico administrado .....	6
Acceso a proveedores de cuidado	
de la salud indios.....	6
<b><u>Cambio de planes</u></b> .....	6
Inscripción abierta .....	7
Periodo de selección del plan/	
Cambio de plan de salud .....	7
Pasarse a Medicare .....	8
<b><u>Coordinación de los servicios de</u></b>	
<b><u>Medicare y Medicaid</u></b> .....	8
<b><u>Cómo cambiar de plan de salud</u></b> .....	9
<b><u>Servicios para afiliados</u></b> .....	9
<b><u>Tarjeta de identificación de afiliado</u></b> .....	9
Tarjeta de afiliado de Humana.....	9
Tenga siempre con usted su tarjeta	
de identificación del afiliado.....	10
<b><u>Herramientas para un fácil acceso</u></b> .....	11
Cuenta de MyHumana.....	11
Aplicación MyHumana .....	11
<b><u>Cambios demográficos</u></b> .....	11
Administrar sus beneficios .....	12
<b><u>Proveedor médico primario (PMP)</u></b> .....	12
El papel de su PMP.....	12
Cómo elegir su PMP.....	12
Libertad de elección.....	13
Cómo cambiar su PMP.....	13
Cambiar su proveedor médico primario... 13	
Buscar un proveedor.....	13
Directorio de proveedores .....	13
Actualizaciones de la red del	
plan de salud .....	14
Cómo obtener ayuda .....	14
Cuidado médico para el bienestar.....	14
Vacunas .....	15

Cómo programar una cita médica .....	15
Cambiar o cancelar citas médicas.....	15
Calendario de citas.....	15
Su salud es importante .....	15
Cómo acceder al cuidado médico .....	16
Consultar a un especialista .....	16
Cuándo y dónde obtener	
cuidado médico .....	16
Acceso al cuidado médico.....	16
Cuidado médico fuera del	
horario de atención.....	17
Línea de enfermería disponible 24/7 .....	17
Cuidado de urgencia.....	17
Servicios en casos de emergencia.....	18
<b><u>Cuidado posterior a la estabilización</u></b> .....	18
<b><u>Línea de crisis de salud del</u></b>	
<b><u>comportamiento las 24 horas</u></b> .....	18
<b><u>Transporte</u></b> .....	19
<b><u>Fuera de la red</u></b> .....	19
Derecho a rechazar el tratamiento .....	19
Programas y servicios cubiertos.....	20
<b><u>Servicios domiciliarios y comunitarios</u></b>	
<b><u>para afiliados con la exención HCBS</u></b> .....	21
Continuación del cuidado médico	
que recibe.....	21
<b><u>Beneficios adicionales</u></b> .....	22
<b><u>Go365 for Humana Healthy Horizons®</u></b> .....	24
Descargo de responsabilidad	
del programa .....	25
Servicios no cubiertos por	
Indiana Pathways for Aging.....	26
Servicios excluidos .....	27
Copagos .....	28
Servicios de autoreferido .....	28
<b><u>Servicios para la salud del</u></b>	
<b><u>comportamiento y servicios para</u></b>	
<b><u>trastornos por uso de sustancias</u></b> .....	29
Línea de crisis de salud del	
comportamiento.....	29
Si se ha comunicado con la Línea	
de Crisis de Salud Mental (BH) .....	30
<b><u>Control de la utilización (UM)</u></b> .....	30
<b><u>Administración y coordinación</u></b>	
<b><u>de su cuidado</u></b> .....	30
Coordinación del cuidado de la salud.....	30
Administración del cuidado de la salud... 31	
Coordinación del cuidado de la salud	
para casos complejos .....	31

Coordinación del cuidado de salud y coordinación de servicios para los afiliados que reciben servicios para la salud del comportamiento .....	31	<b>Mejoramiento de la calidad</b> .....	46
Coordinación de casos complejos y coordinación de servicios .....	31	Propósito del programa.....	46
<b>Programa Right Choices (RCP)</b> .....	32	Alcance del programa .....	46
<b>Información de farmacia</b> .....	32	Medidas de calidad .....	47
Medicare Parte D.....	33	<b>La discriminación es ilegal</b> .....	47
Farmacias participantes.....	33	<b>Otros detalles del plan</b> .....	48
Copago de farmacia.....	33	Aviso de privacidad .....	48
Autorización previa y plazos .....	33	Opciones .....	48
¿Qué sucede si recibo una factura de mi médico? .....	34	Utilizaciones.....	48
Información adicional .....	34	Derechos y protecciones.....	49
Cambios en su plan.....	34	Aviso sobre prácticas de privacidad.....	49
Quejas formales por causas justas .....	34	<b>Otros seguros/subrogación</b> .....	52
Desinscripción justificada.....	34	Solicitud de expedientes médicos.....	53
Redeterminación .....	35	<b>Palabras y acrónimos utilizados en este manual</b> .....	53
<b>Cómo y cuándo notificar cambios</b> .....	35	<b>Formulario de designación de representante de la Oficina de quejas formales y apelaciones de Humana Healthy Horizons</b> .....	55
A la División de Recursos Familiares (DFR)...	35		
<b>Derechos de los afiliados</b> .....	36		
<b>Responsabilidades de los afiliados</b> .....	37		
<b>Asistencia y educación sobre incidentes críticos</b> .....	37		
<b>Quejas formales y apelaciones</b> .....	38		
Consultas (Preguntas) .....	38		
Quejas formales.....	38		
Apelaciones .....	39		
Revisión externa por una organización de revisión independiente .....	41		
Audiencia imparcial estatal .....	41		
Continuación de los beneficios durante el proceso de apelación .....	42		
<b>Mediador estatal/Servicios de protección para adultos (APS)</b> .....	42		
<b>Fraude, malgasto y abuso</b> .....	42		
Notificación de fraude, malgasto o abuso.....	43		
Líneas de denuncia de fraudes .....	44		
<b>Instrucciones anticipadas</b> .....	44		
Tipos de instrucciones anticipadas reconocidas en Indiana .....	44		
Instrucciones anticipada sobre salud mental.....	45		
Testamento en vida .....	45		
Comité de asesoría para consumidores...	45		

# Su guía de Indiana Pathways for Aging

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 de la cuidado en todos los sistemas de prestación, utilizar los datos para tomar decisiones saludables y promover el apoyo a los cuidadores. Este manual le proporcionará información sobre cómo funciona su plan Humana Healthy Horizons in Indiana y recursos importantes.

## Contacto

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

En línea: [es-www.humana.com/medicaid/indiana](http://es-www.humana.com/medicaid/indiana)

Teléfono: 866-274-5888 de 8 a.m. a 8 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 a.m. a 8 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-account.humana.com](http://es-account.humana.com)
- Dejar un mensaje de voz cuando nuestra oficina esté cerrada, y un representante se comunicará con usted al siguiente día hábil

### Humana estará cerrada en cumplimiento de los siguientes feriados principales:

- Año Nuevo
- Día de Martin Luther King Jr
- Día de los Caídos
- Día de la Independencia
- Día del Trabajo
- Día de Acción de Gracias
- El día posterior al día de Acción de Gracias
- Nochebuena
- Navidad

## Colaborar con su 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	Profesional de enfermería personal está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Área de servicio	Número de teléfono	Información
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, por sus siglas en inglés)	1-800-403-0864	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	1-800-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 a.m. - 8 p.m. L-V, hora del este Llame si tiene preguntas sobre cualquier tema relacionado con la salud.
Servicios de retransmisión de Indiana	1-800-743-3333 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.
Programa de defensor del pueblo	Línea de información/ reclamaciones: 800-622-4484 o 317-232-7134 Número de fax: 317-972-3285 Por correo electrónico: <a href="mailto:LongTermCareOmbudsman@ombudsman.IN.gov">LongTermCareOmbudsman@ombudsman.IN.gov</a>	Estos métodos de contacto se pueden utilizar si usted piensa o siente que puede estar en riesgo de abuso, autonegligencia y/o explotación, si tiene problemas, y/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 es usted 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 signos.

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 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 médico 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 afiliado 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, TTY: 711

## Asistencia auditiva y del habla

Si necesita ayuda para oír y hablar, también puede llamar a servicio de retransmisión de Indiana al 1-800-743-3333 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 personas mayores de 60 años, persona con discapacidad visual u otra discapacidad, con ingresos y recursos limitados.

## Indio 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 de AI/AN 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

### Acceso a proveedores de cuidado de la salud indios

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 PMP, puede elegir a ese proveedor como su PMP, si el proveedor tiene capacidad para proporcionar los servicios.

Para verificar si el proveedor cuidado de la salud nativo americano es un PMP o si tiene capacidad para proporcionar servicios, acceda al directorio de proveedores en [es-finder.humana.com](http://es-finder.humana.com) o llame a servicios para afiliados al 866-274-5888 TTD/TTY:711.

## Cambio de planes

Una vez que esté inscrito en el plan Humana Healthy Horizons in Indiana o que el estado le inscriba en un Plan de cuidado médico administrado (MCE, por sus siglas en inglés), tendrá 90 días a partir de la fecha de su primera inscripción 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 inscrito en el plan hasta el siguiente Periodo 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.

## Inscripción 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 éste 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.

## Periodo de selección del plan/Cambio de plan de salud

Con Indiana PathWays for Aging, debe permanecer en el plan de salud elegido durante un periodo de un año si sigue siendo elegible. Solo puede cambiar de planes durante determinados periodos 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 periodo de inscripción especial trimestral (SEP, por sus siglas en inglés),
- 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 afiliación 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 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 primaria 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 expondrá al afiliado a riesgos innecesarios;
  - Otras circunstancias que la oficina o la persona que ésta designe determinen que constituyen una mala calidad de la cobertura de cuidado de la salud.
- 5) Además, durante un periodo 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 Inscribirse y permanecer inscrito en todas las partes de Medicare para las que el afiliado potencial es elegible (Medicare Parte A, Parte B y/o Parte D); o
  - 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 inscribirse en todas las partes de Medicare para las que cumpla los requisitos.

## Moverse 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. Si queda con una discapacidad, también existe Medicaid por discapacidad. Su plan de salud actual le ayudará a solicitar la cobertura de Medicaid por discapacidad.

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 afiliación 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 inscribe en Medicaid con Humana Healthy Horizons in Indiana y es elegible para un plan de necesidades especiales doble de Medicare (D-SNP, por sus siglas en inglés), puede inscribirse 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 de 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 institucionales de necesidades especiales (I-SNP, por sus siglas en inglés).

Humana Healthy Horizons in Indiana es responsable de proporcionarle los servicios cubiertos por Medicaid que sean médicamente necesarios. 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 periodo 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](http://es-www.humana.com/healthyIndiana) para obtener más información:

- Beneficios, 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 de afiliado
- Notificar la pérdida de la tarjeta de identificación de afiliado
- Seleccionar o cambiar de proveedor médico de cuidado primario (PMP)
- Actualizar su información demográfica, como la dirección postal, el número de teléfono y la dirección de correo electrónico
- Presentar una queja, queja formal o apelación
- Cómo trabajamos con otros planes de salud si usted tiene otro seguro
- Nuestra estructura y funcionamiento

Para un servicio más rápido, tenga a mano su número de identificación de afiliado de Humana.

# Tarjeta de identificación de afiliado

## Tarjeta de afiliado de Humana

Humana le enviará una tarjeta de identificación de afiliado. Su tarjeta de identificación de 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: XXXXX  
RxBIN: 610649  
RxPCN: 03191506



En caso de emergencia, llame al 911 o dirjase a la sala de emergencias más cercana. Después del tratamiento, llame a su (PMP por sus siglas en inglés) en un plazo de 24 horas o lo antes posible.

**Servicios para afiliados/proveedores: 1-866-274-5888**

Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas para afiliados: 1-800-449-9039  
Línea de crisis de salud del comportamiento las 24 horas para afiliados: 1-855-254-1758  
Servicios y apoyos a largo plazo: 1-866-274-5888  
Autorización previa de farmacia: 1-800-555-2546

TTY, llame al 711 | Visítenos en: **es-[www.humana.com/medicaid/indiana](http://www.humana.com/medicaid/indiana)**  
Envíe las reclamaciones por correo a la dirección que se indica abajo o visite **Availity.com**  
**Humana Claims, P.O. Box 14169, Lexington, KY 40512-4169**

Tenga en cuenta: Si es un afiliado alineado, su tarjeta de identificación de afiliado no estará disponible hasta 2025. 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 Medicaid. Podrá recibir todas sus beneficios de Medicare y Medicaid a través de nosotros.

**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 dirjase 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.

**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 apoyos 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](http://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

## 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 de 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

- Obtenga suministros médicos
- Obtenga 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 de afiliado que figura en su tarjeta de identificación de afiliado de Humana. Esto nos ayudará a brindarle un servicio más rápido. 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 usar su tarjeta de identificación del afiliado de Humana.

También puede ver y descargar una copia visitando [es-www.Humana.com](http://es-www.Humana.com) o descargando la Humana App.

## Herramientas para un fácil acceso

### Cuenta de MyHumana

Tendrá que crear una cuenta MyHumana entrando en [es-account.humana.com](http://es-account.humana.com) y seleccionando "Registrarse ahora".

Su cuenta MyHumana es personal y privada. Puede acceder a su cuenta 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 sobre 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 a la División de recursos familiares (DFR, por sus siglas en inglés), 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.

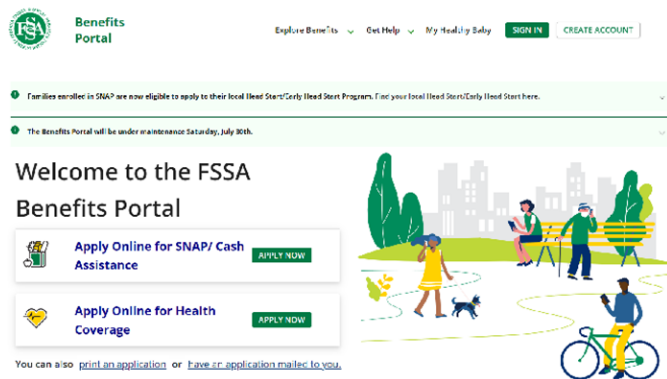
- Usted u otros afiliados son elegibles para otra cobertura de salud, como seguro de salud de un empleador, Medicare, TRICARE u otros tipos de cobertura de salud.
- Cambios en la condición de inmigrante.
- Encarcelamiento o prisión.
- Si empieza a presentar declaraciones de impuestos federales sobre 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 cualquier cambio demográfico o cualquier otra información que pueda afectar la elegibilidad a Humana y la División de recursos familiares (DFR, por sus siglas en inglés) llamando al 800-403-0864 de lunes a viernes de 8 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 a.m. a 8 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 (PMP, por sus siglas en inglés) 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. Este PMP lo tratará para la mayoría de sus necesidades de cuidado de la salud de rutina.

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 su PMP

Ahora que ha seleccionado Humana Healthy Horizons in Indiana, el siguiente paso es elegir un proveedor médico de cuidado primario (PMP, por sus siglas en inglés). Si está inscrito en el programa Indiana PathWays for Aging, deberá elegir un proveedor médico de cuidado primario (PMP, por sus siglas en inglés) 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
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-finder.humana.com/finder/medical](https://es-finder.humana.com/finder/medical). 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 atenderá. 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 que le atiendan.

## 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 la oficina 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 cese voluntario. 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 encontrar 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 usar para 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](http://es-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 proporciona 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 y la especialidad). Puede visitar [humana.com/medicaid/indiana/support/provider-directories](http://humana.com/medicaid/indiana/support/provider-directories) para consultar 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.

## **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 proporcionará 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 exámenes médicos, análisis y pruebas de detección de salud regulares pueden ser útiles para que su médico detecte y trate problemas en forma anticipada, antes de que sean graves.

El cuidado médico para el bienestar incluye vacunas, pruebas de detección de la diabetes y exámenes de salud y bienestar. Cuidado médico 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 la 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 colesterol*	X	X
Prueba de detección de 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 y tos ferina)
- Influenza
- Hepatitis B
- Hib (Haemophilus influenza tipo B)
- Vacuna antineumocócica conjugada (PCV15 o PCV20)
- Herpes zóster
- Tdap (tétanos, difteria y tos ferina)

Para consultar la lista completa de vacunas, visite el sitio web de los CDC en <https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/adult.html>.

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 a la oficina de su PMP y solicítela. Cuando llame, asegúrese de tener a mano su tarjeta de identificación de afiliado. Dígales que es afiliado de Medicaid y proporcione la información de su tarjeta de afiliado.

Cuando consulte a su PMP, éste 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 proporcionará 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 tiene que 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 usted no puede ir a su cita. 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**

Algunas maneras de 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 para obtener más información sobre estos programas: 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. Por lo general, su PMP podrá ayudarle en lo que necesite. Si su PMP no puede tratar su problema de salud, le referirá a otro lugar para que le atiendan.

## **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 proporcione 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 proveerle 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 adónde 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.



<b>Proveedor médico de cuidado primario (PMP)</b>	Exámenes médicos y físicos; vacunas; pequeños dolores y molestias
<b>Telesalud</b>	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.
<b>Clínica de cuidado conveniente</b>	Para problemas menores cuando su PMP no está disponible.
<b>Cuidado de urgencia</b>	Para problemas que podrían convertirse en emergencias si no se tratan durante 12 horas.
<b>Sala de emergencias (ER, por sus siglas en inglés)</b>	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
<b>PMP</b>	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
<b>Especialista</b>	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
<b>Salud del comportamiento</b>	Emergencia que no ponen 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 de 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 estándares 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 gratuita. 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:

- Decidir si necesita ver a su médico
- Decidir si debe acudir a la sala de emergencias
- Responder a preguntas generales sobre su salud
- Obtener información sobre una afección médica o un diagnóstico reciente
- Hacer una lista de preguntas para las consultas médicas
- Obtener más información sobre medicamentos recetados o medicamentos de venta sin receta
- Obtener información sobre pruebas médicas o cirugía
- Aprender sobre nutrición y bienestar

## Cuidado de urgencia

El Cuidado de urgencia no es lo mismo que el cuidado médico en casos de emergencia. El cuidado de urgencia se necesita 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 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-finder.humana.com/finder/medical](https://es-finder.humana.com/finder/medical) 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:

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

Cuando busque cuidado de emergencia, tiene derecho a utilizar a cualquier hospital u otro centro de cuidado de emergencia. Las visitas 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 sala de emergencias más cercana. No nos llame antes de llamar al 911.

Si no está seguro de si se trata de una emergencia, llame a su proveedor médico de cuidado primario (PMP, por sus siglas en inglés). 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 problema de salud o a evitar que empeore. No importa si recibe el 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 médico hasta que su afección sea estable. 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 gratuita. Los servicios de intervención en crisis están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días al año. Nuestro personal capacitado en salud del comportamiento puede ayudarle:

- Si cree que representa un peligro para usted o para los demás.
- Si no puede realizar las actividades de la vida diaria debido a su estrés, depresión, ansiedad, problemas emocionales o 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 utilices los servicios de transporte, sigue estas reglas:

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

Después de que le atiendan, 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 ModivCare en: 866-588-5122 (TTY: 866-288-3133) entre 8:00 a.m. y 8:00 p.m. Para obtener ayuda con los traslados existentes, los viajes urgentes o las altas, llame al 866-588-5123, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Para obtener ayuda con sus necesidades de transporte de Medicaid, comuníquese con LCP al: 317-291-9318 horas del día, 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 proporcione 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 proporcionara 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 alguien que usted haya designado como contacto en caso de emergencia, cuando no sea en el mejor interés para su salud proporcionársela 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.
- Participar en discusiones francas sobre opciones de tratamiento apropiadas o necesarias por razones médicas para su afección, independientemente del costo o de la cobertura de beneficios.
- Participar activamente en las decisiones sobre su cuidado de la salud, a menos que no sea lo mejor para usted.
- Aceptar o rechazar un tratamiento o terapia. Si lo rechaza, el médico o Humana deben hablar con usted sobre lo que podría suceder. Incluirán una nota en su expediente médico.
- Negarse a recibir cualquier servicio o tratamiento médico, o a aceptar cualquier servicio de salud si no lo desea o no está de acuerdo por motivos religiosos (esto también es válido para un niño si el padre, la madre o el tutor lo consideran así).

## 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 los cuidados hospicio. La segunda, el plan estatal de Medicaid más servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS, por las siglas en inglés), 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, todas los beneficios y servicios considerados médicamente razonables y necesarios, lo que significa que usted necesita los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección.

### 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 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 inmediato
- Servicios de laboratorio
- Servicios de hospitalización para afecciones agudas a largo plazo
- Servicios médicos y quirúrgicos
- Suministros médicos
- Servicios de salud mental y del comportamiento, incluidos los servicios para pacientes internados y ambulatorios
- Servicios de enfermería, incluidos los servicios proporcionados 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 de diagnóstico y prevención
- 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) y centros de salud acreditados por el gobierno federal (FQHC)
- Servicios de patología del habla y del lenguaje
- Servicios de telesalud
- Tratamiento para la dependencia del tabaco
- Servicios de transporte, incluido el transporte urgente y no urgente
- Servicios de cuidado para la vista, incluidos exámenes visuales y anteojos

## **Exención para servicios basados en el hogar y en la comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés)**

- 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 y manejo del comportamiento (CCBM, por sus siglas en inglés)
- Servicios de coordinación del cuidado de la salud
- 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 de respuesta para casos personales de emergencia (PERS, por sus siglas en inglés)
- Servicios de control de plagas
- Servicios de cuidado de relevo
- Equipo y suministros médicos especializados
- Cuidado familiar estructurado
- Modificaciones vehiculares

Llame a servicios para afiliados al 866-274-5888 TTY: 711 para obtener ayuda para acceder a estos servicios.

## Continuación del cuidado médico que recibe

Humana Healthy Horizons in Indiana proporcionará 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 Administración de servicios familiares y sociales (FSSA, for sus siglas en inglés) u otro plan, el plan de cuidado se respetará durante noventa (90) días a partir de la fecha de inscripción. 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 inscripción 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. Estos beneficios, herramientas y servicios adicionales no tienen costo para usted.

Servicio reforzado	Descripción
Servicios dentales	<p><i>Solo para afiliados de Medicaid:</i></p> <p>Hasta \$500 de subsidio para fluoruro tópico, sedación oral (junto con nitroso), complicaciones postoperatorias y protectores bucales.</p>
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"> <li>• Calcetines antideslizantes</li> <li>• Alcanzador/agarrador</li> <li>• Alfombra de baño</li> <li>• Peldaños antideslizantes para escaleras</li> </ul> <p>No debe vivir en un centro residencial o centro de enfermería. Se requiere la aprobación del coordinador del cuidado de la salud.</p>

Servicio reforzado	Descripción
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"> <li>• ropa de cama sin alérgenos</li> <li>• limpieza de alfombras</li> <li>• purificador de aire.</li> </ul> <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 coordinación del cuidado de la salud o manejo de enfermedades con las siguientes afecciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aislamiento social</li> <li>• Depresión</li> <li>• Pérdida de la memoria</li> </ul> <p>Puede optar a recibir 1 dispositivo de asistencia virtual basado en inteligencia artificial (IA). Un dispositivo de por vida, por afiliado.</p> <p>Se requiere la aprobación del coordinador del cuidado de la salud.</p>
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 siguiente año) para ayudar con los siguientes gastos de vivienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pago de alquiler de apartamento o de hipoteca (se requiere aviso de pago atrasado).</li> <li>• Pago de servicios públicos para electricidad, agua, gas o internet (se requiere aviso de pago atrasado).</li> <li>• Alquiler de estacionamiento y lote para casas rodantes, si se trata de su residencia permanente (se requiere aviso de pago atrasado).</li> <li>• Pago de gastos de mudanza a través de una empresa de mudanzas autorizada cuando se realiza la transición desde una autoridad de vivienda pública.</li> </ul> <p>Se requiere aprobación del plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El afiliado no debe vivir en un centro residencial o centro de enfermería.</li> <li>• Los fondos no se le pagarán directamente a usted.</li> <li>• Si la factura está a nombre del cónyuge, se puede presentar un certificado de matrimonio como prueba.</li> </ul> <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 del cuidado de la salud.</p>

Servicio reforzado	Descripción
Transporte no médico (NMT)	<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 los programas para mujeres, bebés y niños (WIC, por sus siglas en inglés) WIC y asistencia nutricional 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>
Programa de asesoramiento nutricional	<p>El programa de asesoramiento nutricional ofrece intervenciones de salud y bienestar a los afiliados mayores de 60 años. 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 periodo de seis (6) meses.</p>
Sistema de respuesta de emergencia personal (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 personal de respuesta para casos de 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"> <li>• Si reside con un cuidador, debe presentar documentación que lo pruebe.</li> <li>• Debe residir en un hogar y/o en un entorno comunitario.</li> </ul> <p>Debe ser aprobado por el coordinador de cuidados.</p>
Álbumes de fotos	<p>Si está en nuestros programas de coordinación del cuidado de la salud o 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"> <li>• Si necesita tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie.</li> <li>• Si padece afecciones que afectan a las piernas, como la diabetes.</li> </ul>
Entrega de comidas a domicilio después del alta hospitalaria	<p><i>Solo para afiliados de Medicaid:</i></p> <p>Hasta 14 comidas refrigeradas entregadas en el hogar después del alta de un centro residencial o de paciente internado. Límite de 4 altas hospitalarias por año.</p> <p>Los afiliados sin exención deben residir en un hogar y/o en un entorno comunitario.</p>



Servicio reforzado	Descripción
Asistencia para la transición a la vida comunitaria	Todos los afiliados sin exención que se muden de un centro de enfermería a su propio hogar pueden recibir \$5,000 de por vida. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asistencia para pagar depósitos de seguridad y servicios públicos, muebles/suministros para el hogar y gastos de mudanza</li> <li>• Debes ser responsable de tus propios gastos de manutención</li> </ul> Se requiere la aprobación del coordinador del cuidado de la salud.
Servicios para la vista	<i>Solo para afiliados de Medicaid:</i> Subsidio de hasta \$150 para anteojos (monturas y lentes) o lentes de contacto cada 24 meses.

## Go365 for Humana Healthy Horizons®

Go365 for Humana Healthy Horizons® es un programa de bienestar que le ofrece la oportunidad de ganar recompensas por realizar acciones saludables.

Para ganar recompensas, usted debe:

- Tener una identificación de afiliado
- Descargar en un dispositivo móvil la aplicación Go365 for Humana Healthy Horizons de iTunes/Apple Shop o Google Play. Si no tiene una computadora o dispositivo móvil, puede llamar a la línea de atención al cliente y pedirle a un representante que canjee sus recompensas por teléfono. Puede recibir tarjetas regalo electrónicas por correo electrónico o tarjetas regalo físicas por correo postal.

\* Las recompensas no son dinero en efectivo y pueden utilizarse para obtener tarjetas regalo u otros productos.

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

Actividad saludable	Recompensa
Prueba de detección de cáncer de mama	Recompensa anual de \$25 para afiliadas que se realicen una mamografía.
Prueba de detección de cáncer colorrectal	Recompensa anual de \$25 para afiliados que se realicen una prueba de detección de cáncer colorrectal siguiendo la recomendación de su PMP.
Examen de retina para personas con diabetes	Recompensa anual de \$10 para afiliados con diabetes que se realicen un examen de retina.
Prueba de detección de diabetes	Recompensa anual de \$10 para los afiliados con diabetes que se realicen una prueba de detección con su médico de cuidado primario (PMP) de HbA1c y presión arterial.
Programa de prevención de caídas	\$10 en recompensas para los afiliados que completen una vez al año una educación destinada a crear conciencia para reducir las caídas; los afiliados deben registrarse en la aplicación móvil Go365 para poder recibir la recompensa. También puede llamar a servicios para afiliados al 866-274-5888 TTD/TTY:711 si tiene preguntas.
Vacuna contra la influenza	Recompensa anual de \$10 para afiliados que reciban una vacuna anual contra la influenza de su proveedor, farmacia o con autoinforme si recibieron una vacuna en otro lado.
Seguimiento después de cuidados de alta intensidad por trastorno por uso de sustancias	Recompensa de \$25 para los afiliados que reciban cuidado de seguimiento dentro de los 30 días posteriores al alta hospitalaria como paciente internado, tratamiento residencial o consulta de desintoxicación por un diagnóstico de trastorno por drogadicción.

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

Actividad saludable	Recompensa
Seguimiento después de una hospitalización por enfermedad mental	Recompensa de \$25 para los afiliados que reciban cuidado de seguimiento dentro de los 30 días posteriores al alta hospitalaria por un diagnóstico de enfermedad mental o autolesión intencional.
Detección de necesidades de la salud (HNS)	Recompensa de \$25 para afiliados que completen su evaluación de necesidades de salud (HNS, por sus siglas en inglés) dentro de los 90 días de inscripción en Humana, una recompensa de por vida; el afiliado debe inscribirse a Go365 para ser elegible para recibir la recompensa.
Recompensa por asesoramiento nutricional	<p>Los afiliados que se inscriban en el programa de asesoramiento nutricional tendrán dos oportunidades de ganar recompensas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recompensa de \$15 por completar un examen médico de bienestar.</li> <li>• Recompensa de \$15 por completar el programa.</li> </ul> <p>Los afiliados deben inscribirse a Go365 para poder recibir la recompensa.</p>
Consulta de bienestar	Recompensa de \$25 por año por completar una consulta de bienestar anual.

## Exención de responsabilidad del programa

Las recompensas no tienen valor en efectivo. Las cantidades monetarias mencionadas anteriormente son valores de recompensas, no dinero en efectivo. Para algunas recompensas, su médico tiene que indicarnos que usted completó la actividad saludable. Una vez que recibamos esta información de su médico, verá en la aplicación la opción para canjear la recompensa. Para obtener cualquier recompensa a la que sea elegible durante el año del plan, debemos obtener la confirmación de su médico a más tardar el 15 de marzo del 2025.

Go365 for Humana Healthy Horizons® está disponible para todos los afiliados que cumplan los requisitos. Es posible que deba esperar de 90 a 180 días o más para recibir las recompensas. Las recompensas no son transferibles a otras organizaciones de cuidado médico administrado (MCO) ni a otros programas. Los afiliados perderán el acceso en la aplicación Go365® en Humana Healthy Horizons® a las recompensas y los incentivos obtenidos si se desafilian voluntariamente de Humana Healthy Horizons o pierden la elegibilidad para Medicaid durante más de ciento ochenta (180) días. Al final del año del plan (el 31 de diciembre), los afiliados con inscripción continua tendrán 90 días para canjear sus recompensas.

De conformidad con el requisito federal de los CMS, ninguna cantidad de las tarjetas de regalo se podrá utilizar para la compra de suministros médicos o medicamentos recetados cubiertos ni canjear por efectivo. Las recompensas no pueden utilizarse para juegos de azar, alcohol, tabaco o drogas (excepto para medicamentos de venta sin receta OTC, por sus siglas en inglés). Las recompensas pueden limitarse a una vez por año, por actividad. Consulte la descripción de la actividad para obtener detalles.

## Servicios no cubiertos por Indiana PathWays for Aging

Indiana PathWays for Aging no pagará por servicios que no sean médicamente necesarios 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 monitor 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
  - 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 la apoyo para discapacidades del aprendizaje
- Servicios proporcionados fuera del alcance de la licencia, registro, 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
- 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 le dé de baja. A continuación se enumeran los servicios excluidos del programa PathWays:

- **Tratamiento psiquiátrico en un hospital estatal**
- **Servicios en un centro de cuidado intermedio para personas con discapacidades intelectuales:** los afiliados de Indiana PathWays for Aging que sean admitidos en un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidad intelectual (ICF/IID, por sus siglas en inglés) serán desafiliados del programa e inscritos 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 CDI/IID, Humana coordinará y trabajará con el centro, y es responsable del pago de hasta sesenta (60) días calendario para los afiliados en un CDI/IID mientras la determinación del nivel de cuidado está pendiente.
- **Exención por lesión cerebral traumática:** esta exención proporciona servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés) 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 costos de desembolso personal exigidos por el programa Medicare u otra responsabilidad de exención de Medicaid.

## Servicios de autoreferido

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 autoreferido. No podemos exigirle que reciba dichos servicios de nuestros proveedores de la red, a menos que se indique lo contrario. Sin embargo, no puede autoreferirse a un proveedor que no esté inscrito en el Programa de cobertura de salud de Indiana (IHCP, por sus siglas en inglés).

Los siguientes servicios se consideran servicios de autoreferido:

- Los servicios de salud mental son autoreferidos si los presta un proveedor de la red. Puede autoreferirse, dentro de nuestra red, para recibir servicios de 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 proporcionados por un quiropráctico con licencia, inscrito como proveedor de Indiana Medicaid.
- 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 de emergencias. 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 proporcionados 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 autoreferidas a cualquier proveedor inscrito en IHCP. Las vacunas están cubiertas independientemente de dónde se reciban.
- Los servicios de podología pueden ser proporcionados por cualquier proveedor con licencia.
- Los servicios psiquiátricos pueden ser proporcionados por cualquier proveedor con licencia.
- Los servicios de cuidado de urgencia están cubiertos para los afiliados mediante autoreferido.

Los proveedores de salud mental y adiciones a los que el afiliado puede autoreferirse dentro de la red son:

- Profesionales de enfermería de práctica avanzada (APN) según IC 25-23-1-1(b)(3), acreditados en enfermería psiquiátrica o de salud mental por el American Nurses Credentialing Center
- Centros de salud mental de la comunidad (CMHC)
- Proveedores de servicios de salud en psicología (HSPP)
- Psicólogos escolares de práctica independiente
- Trabajador social clínico con licencia (LCSW)
- Psicólogos licenciados
- Trabajadores sociales licenciados (LSW)
- Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios
- 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 uso 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 problemas de salud mental, como depresión o ansiedad, o para ayudar con trastornos por consumo de alcohol u otras sustancias. Estos servicios incluyen:

- Servicios para la salud del comportamiento
- Servicios para ayudarle a determinar si tiene una necesidad de salud mental (p. ej., servicios de evaluación de diagnóstico)

- Terapia individual, grupal y familiar
- Programas de crisis en centros médicos
- 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 coordinación del cuidado de la salud complejo
- 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 Mental (BH)...**

Si se ha comunicado con la línea de crisis, un coordinador del cuidado de la salud se comunicará con usted en 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 de la salud y la coordinación de servicios y/o apoyo SDOH (factores determinantes de la salud).

## **Control de la utilización (UM)**

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, por sus siglas en inglés). Garantiza que reciba el cuidado que necesita cuando lo necesita. No recompensamos a los 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.

## **Administración y coordinación de su cuidado de la salud**

### **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:

- 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 de la salud y/o un coordinador de servicios. Los coordinadores del cuidado de la salud 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 la necesita. Puede cambiar de coordinador en cualquier momento. En general, su coordinador del cuidado de la salud 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 de la salud y servicios (Equipo de cuidados) trabajará conjuntamente para brindarle apoyo de la manera más eficaz posible.

Su equipo de cuidado de la salud utilizará la información que usted comparta mediante la realización de un examen 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. Su equipo de cuidado de la salud se pondrá en contacto con usted para asegurarse de que los cuidados y servicios que recibe siguen satisfaciendo sus necesidades; su equipo de cuidados 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 de la salud con usted, cuando su equipo de cuidado de la salud se entera de que ha experimentado un cambio o a petición suya.

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

Al aplicar prácticas centradas en la persona durante el desarrollo e 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 coordinación del cuidado de la salud es el nivel básico de servicio de coordinación del cuidado de la salud que está disponible para todos los afiliados de Humana Healthy Horizons in Indiana. Tiene como objetivo proporcionarle ayuda con las actividades de coordinación del cuidado de la salud, programar citas de cuidado preventivo y/o acceder al cuidado para los servicios de salud o sociales necesarios para tratar su(s) afección (afecciones) crónica(s). Los servicios de coordinación del cuidado de la salud 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 repeticiones 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 de la salud quieren saber más sobre usted. Entonces podrán ayudarle a aprender a cuidarse y a obtener ayuda de otras personas. Los coordinadores del cuidado de la salud pueden reunirse con su PMP y otros recursos de salud para asegurarse de que estén trabajando juntos. Los coordinadores del cuidado de la salud trabajan para asegurarse de que dispones de todos los servicios que necesitas, incluidos los no médicos, como la alimentación y el alojamiento. Si cree que necesita coordinación del cuidado de la salud, llame a servicios para afiliados al 866-274-5888.

## Coordinación de casos complejos

La coordinación 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 problemas de salud con los que pueden ayudarle.

Para ver si reúne los requisitos o para obtener información adicional sobre el programa de coordinación de casos complejos, autoreferidos o para excluirse del programa de coordinación de casos complejos, llame a servicios para afiliados al 866-274-5888.

## Coordinación del cuidado de salud y coordinación de servicios para los afiliados que reciben servicios para la salud del comportamiento

Usted puede ser elegible para la coordinación 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 de la salud 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.

## Coordinación de casos complejos y coordinación de servicios

Los afiliados que se determine que necesitan el nivel de cuidado proporcionado en un hogar de ancianos, 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 apoyos y servicios holísticos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) y de las necesidades sociales y medioambientales relacionadas de 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 del cuidado de la salud
- 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 del cuidado de la salud al 866-274-5888.

## Programa Right Choices (RCP)

El programa Right Choices forma parte de Indiana Medicaid. 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 inscrito 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 la farmacia

Administrar sus medicamentos es importante. Queremos que se sienta cómodo al saber 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 tratarlo a usted y su afección.

Su proveedor utilizará la PDL para elegir el mejor medicamento para tratarlo 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. No se preocupe; le notificaremos si su medicamento se elimina de la PDL. Puede encontrar la PDL más actualizada en nuestro sitio web [es-www.humana.com](http://www.humana.com) o llamar a servicios para afiliados al 866-274-5888 TTD/TTY: 711 para obtener ayuda.

## Medicare Parte D

Los planes de beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare cubren los medicamentos con receta aprobados por los Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). En el caso de los afiliados con doble elegibilidad para beneficios completos, Indiana Medicaid cubre los medicamentos recetados médicamente necesarios, 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 "Encontrar una farmacia" en [es-www.humana.com/FindaPharmacy](http://www.humana.com/FindaPharmacy) para encontrar una farmacia de la red cerca de usted. Asegúrese de llevar con usted su tarjeta de identificación del afiliado para mostrarla en 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 compleja o de larga duración como cáncer, VIH o esclerosis múltiple, por ejemplo, es posible que deba surtir su receta en una farmacia de especialidad. Puede que los medicamentos para tratar afecciones complejas o de larga duración solo estén disponibles en ciertos lugares.

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

Para obtener más información, visite [CenterWellPharmacy.com](http://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](http://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 al afiliado 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 un 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.
- 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 Indiana justifica la necesidad de información adicional y la extensión es lo mejor para el afiliado.

Si denegamos un servicio, le 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 periodo de selección de planes. Es posible que pueda debido a ciertas razones llamadas "causas justas". Si tiene uno de estas razones, tiene que presentarnos una queja formal por causas justas para ver si puede cambiar de plan. Las causas justas incluyen:

### Desafiliación justificada

Una vez inscrito 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
- Se muda fuera del Estado de Indiana
- Utiliza deliberadamente su tarjeta de identificación del Plan de forma incorrecta o permite que otra persona utilice su tarjeta de identificación de afiliado
- 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 desafiliado 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 desafiliará 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. Dependiendo de 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 Administración de servicios sociales y familiares (FSSA, por sus siglas en inglés). 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, por sus siglas en inglés) 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 División de recursos familiares (DFR, por sus siglas en inglés) al 1-800-403-0864 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 al Departamento de recursos familiares (DFR, por sus siglas en inglés).

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 División de recursos familiares 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
- 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 a la cuidado médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana
- Obtener respuestas oportunas a sus quejas o apelaciones
- Apelar las decisiones tomadas sobre el cuidado de la salud que recibe
- Utilizar edificios y servicios que cumplan las normas de la ley para Estadounidenses 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
- Solicitarnos y recibir una copia de sus expedientes médicos, y solicitarnos que los modifiquemos o corrijamos.
- El derecho a 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.

- Libre de restricciones a la libertad de elección entre proveedores de red.
- Recibir información sobre las opciones y alternativas de tratamiento disponibles, presentada de forma adecuada para su afección y que usted pueda comprender.
- Elegir entre recibir los cuidados que necesita a largo plazo en un centro de cuidados o en su propio hogar y recibir cuidados y servicios a través de los servicios en el hogar y comunitarios para satisfacer sus necesidades de cuidado a largo plazo.
- Hacer recomendaciones sobre las políticas de derechos y responsabilidades de los afiliados. Obtenga una copia de su expediente médico y de sus reclamaciones
- Pedir que se corrijan sus expedientes médicos y de reclamaciones si cree que están incorrectos o no están completos.
- Solicitar comunicaciones privadas
- Pedirnos que limitemos lo que utilizamos o compartimos
- Obtener una lista 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 una queja ante el Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos, 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 tus 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 capacitada 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 y alguno de sus 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 una queja o queja formal.

# Asistencia y educación sobre incidentes críticos

En su paquete de bienvenida de Humana Healthy Horizons in Indiana y en el sitio web encontrará información importante sobre todos los tipos de incidentes críticos (IC, por sus siglas en inglés). Los proveedores de HCBS están obligados a presentar un informe de incidentes para cualquier incidente reportable en un plazo de cuarenta y ocho (48) horas desde el momento del incidente o de tener conocimiento del mismo. No obstante, si el informe inicial se refiere al fallecimiento de un afiliado, o a una acusación o sospecha de abuso, negligencia o explotación, la denuncia 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 o explotación presuntos, sospechados, reportados, observados o reales que se le hayan hecho (ANE, por sus siglas en inglés)
- Fallecimiento inesperado, o
- Lesiones serias que requieran intervención médica urgente, incluidas, entre otras, las siguientes:
  - o Una fractura
  - o Una quemadura superior al primer grado
  - o Asfixia que requiere intervención
  - o Contusiones o laceraciones
- Pensamientos suicidas o intento de suicidio con potencial para causar daños físicos, lesiones o la muerte
- Ingreso de una persona en un centro de enfermería, excluidas las hospitalizaciones por descanso
- Afiliado fugado o desaparecido
- Apoyo formal o informal inadecuado para usted, incluida una supervisión inadecuada que le ponga en peligro
- Errores de medicamento que provocan resultados que requieren tratamiento médico más allá de una evaluación en emergencia/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
  - o Un problema medioambiental, estructural u otro problema importante
- Problemas ambientales o estructurales asociados a una vivienda en la que residen individuos que comprometen su salud y seguridad
- Un incendio residencial que provoque cualquiera de los siguientes:
  - o Traslado
  - o Lesiones personales
  - o Pérdida de bienes
- Sospecha u observación de actividades delictivas por parte de:
  - o Un miembro del personal, empleado o agente del proveedor
  - o Un familiar suyo
  - o Usted, cuando su cuidado se vea o pueda verse afectado
- La policía le 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; y
  - o en un entorno interno; y
  - o no tiene por qué estar fuera de su residencia
- Cualquier uso de medios de coerción 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) del Centro para el control de enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) de los 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 más información, visite <https://www.in.gov/fssa/da/adult-protective-services/>

El abuso, negligencia o explotación, los fallecimientos y cualquier otro incidente crítico que se produzca en cualquier entorno de HCBS (Servicios basados en el hogar y la comunidad) deben notificarse al sitio web de la FSSA (Administración de servicios familiares y sociales) en <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 los apelaciones no son lo mismo. Puede utilizar el proceso de apelación o de 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. Una vez recibido la apelación o la queja formal, le facilitaremos una copia de su expediente/registro.

Si tiene alguna queja 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](http://es-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 llamar a servicios para afiliados.

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

- 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 facilitaremos, 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 final de este manual para los 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, 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](http://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 14169  
Lexington, KY 40512

Le enviaremos una carta en un plazo de tres (3) días hábiles a partir del día en que recibamos 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 tomarán medidas negativas contra:

- Usted si presenta una queja formal
- Un proveedor que apoye su queja formal o presente una reclamación en su nombre, con 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](http://es-www.Humana.com).

Si no está conforme con una decisión o determinación 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 presentar 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 dentro de los 60 días calendario posteriores a la fecha de la carta de denegación denominada Aviso de determinación adversa de beneficios. Puede presentarla por teléfono o por escrito.

Si es necesario, podemos ayudarlo a presentar una apelación. También puede obtener ayuda de otras personas. Las personas que pueden ayudarlo son:

- 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 facilitaremos, 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 incluir en la carta su nombre y apellido, el número de afiliado que figura en el frente de su tarjeta de identificación del afiliado, 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 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 14169  
Lexington, KY 40512

Le enviaremos una carta en un 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 alguien que usted elija para que actúe en su nombre pueden:

- Revisar toda la información utilizada para tomar la decisión
- Proporcionar más información durante todo el proceso de revisión de la apelación
- Examinar el archivo del caso del afiliado antes y durante el procedimiento 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 sea acelerada, debe cumplir con los siguientes criterios:

- Un retraso podría poner en grave peligro su vida, su salud física o mental o su capacidad de 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 tomarán medidas negativas contra:

- 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 en un plazo 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 parte de 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 parte de una Organización de revisión independiente, comuníquese con Humana por escrito.

Información que debe incluirse al solicitar una revisión externa:

- Nombre
- N.º 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 estatal imparcial. 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 – FSSA Hearings  
402 W. Washington St., Rm E034  
Indianapolis, IN 46204

**Fax:** 317-232-4412

**Por correo electrónico:** [fssa.appeals@oalp.in.gov](mailto: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 periodo 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 estatal, el juez de derecho administrativo emite una decisión que no es a su favor

**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.**

## **Defensor del pueblo/Servicios de protección para adultos (APS)**

Un defensor del pueblo es un funcionario que investiga las quejas e intenta resolver los problemas. Si lo desea, el defensor del pueblo puede participar en su equipo interdisciplinario en la medida en que el funcionario haga las recomendaciones necesarias para cumplir con sus responsabilidades de APS/defensor del pueblo. Humana ha designado a un empleado para que actúe como su defensor y enlace entre APS, cualquier defensor del pueblo pertinente y usted para ayudar a APS y a cualquier personal del defensor del pueblo que trabaje en el desarrollo de opciones de servicio. Si necesita ayuda para comunicarse con un defensor del pueblo, su coordinador del cuidado de la salud y/o servicios puede ayudarle, o puede encontrar información sobre cómo comunicarse con un defensor del pueblo llamando al 800-622-4484 o al 317-232-7134.

## **Fraude, malgasto y abuso (FWA, por sus siglas en inglés)**

Fraude, malgasto y abuso significa infringir las normas para obtener un beneficio personal. El fraude pueden cometerlo 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
- Factura 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

Algunos ejemplos de fraude, malgasto y abuso por parte de afiliados incluyen:

- Utilizar servicios de manera inapropiada, como vender narcóticos recetados o intentar 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 bajo la identificación de otra persona (robo de identidad)
- Dar síntomas erróneos y otra información a los proveedores para obtener tratamiento, medicamentos, etc.
- Acudir repetidamente a la sala de emergencia 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
- Pierden sus beneficios de Medicaid
- Queden limitados a un PMP, un proveedor de sustancias controladas, una farmacia o un hospital para servicios que no sean de emergencia.

## Notificación 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 denuncia 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 confidencial en la medida en que lo permita la ley.

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 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. Denúncielo a través de las siguientes formas:

- 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 visitar nuestra página web, [humana.com/legal/fraud-waste-and-abuse](http://humana.com/legal/fraud-waste-and-abuse) y completar el formulario.

No es necesario que nos dé su nombre cuando escriba o llame. 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\* [asiureferrals@humana.com](mailto:asiureferrals@humana.com) o [ethics@humana.com](mailto:ethics@humana.com)
- Envíenos un fax al 1-920-339-3613

Cuando denuncie fraude, malgasto o abuso, proporciónenos todos los detalles que pueda. Incluya nombres y números de teléfono. Puede permanecer en el anonimato. Si lo hace, no podremos volver a llamarlo para obtener más información. Su denuncia se mantendrá confidencial en la medida en que lo permita la ley.

\*La mayoría de los sistemas de correo electrónico no están protegidos frente a terceros. Esto significa que las personas pueden acceder a su correo electrónico sin que usted sepa o diga que está bien hacerlo. No utilice el correo electrónico para comunicarnos información que considere confidencial. Como su número de identificación de afiliado, número de la seguridad social o información de salud. En su lugar, utilice el formulario o el número de teléfono que se indican 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

**Correo electrónico:** [ReportFraud@fssa.IN.gov](mailto: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

**Correo electrónico:** [ReportFraud@fssa.IN.gov](mailto: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 las instrucciones anticipadas no le quitará el derecho a decidir sus opciones actuales de cuidado de la salud. Las instrucciones anticipadas también le permite 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 notarial y/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 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 <https://www.in.gov/isdh/25880.htm>.

## Instrucciones anticipada sobre salud mental

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

Las instrucciones anticipadas de salud mental deben hacerse por escrito. Deben estar firmadas y fechadas por usted y deben tener como testigos a dos adultos o un notario.

Para obtener más información sobre cómo puede indicar sus preferencias sobre el tratamiento de salud mental que desea recibir, visite [humana.com/healthyIndiana](http://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 toma para mantener la vida de una persona críticamente enferma para salvarle la vida)
- Rechazar o solicitar alimentación o hidratación artificial (sonda de alimentación o hidratación intravenosa)
- Expresar sus deseos respecto a la donación de órganos

Un sustituto para la toma de decisiones sobre el 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 para la toma de decisiones sobre el 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 para la toma de decisiones sobre el cuidado de la salud. Sus deseos deben establecerse específicamente en el testamento en vida.

El testamento en vida debe hacerse por escrito. Deben estar firmados y fechados por usted y atestiguados de acuerdo con la ley de Indiana.

## Comité de asesoría para consumidores

Humana se complace en ofrecerle la oportunidad de ayudarnos a mejorar. Le invitamos a formar parte de su Comité de asesoría para afiliados. Como miembro 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 más información, comuníquese con nosotros.

**LLAME AL:** 866-274-5888

**TTD/TTY:** 711

**SITIO WEB:** [humana.com/healthyIndiana](http://humana.com/healthyIndiana)

## Mejoramiento de la calidad

### Propósito del programa

Las metas y objetivos del Programa para el mejoramiento de la calidad (QI, por sus siglas en inglés) son:

- Coordinar el cuidado de la salud
- Promover la calidad
- Garantizar el desempeño y la eficacia de forma continua
- Mejorar la calidad y la seguridad del cuidado clínico y los servicios que se proporcionan a los afiliados

El programa de calidad se desarrolla teniendo en mente el propósito de Humana de ayudar a las personas a lograr la mejor salud.

Nos alineamos con el triple objetivo de los Instituto para el mejoramiento del cuidado de la salud: Mejor cuidado médico, personas sanas/comunidades saludables y cuidado asequible.

Su cuidado significa mucho para nosotros. El objetivo del Programa para el mejoramiento de la calidad de Humana es seguir mejorando la calidad de los servicios de cuidado de la salud que se le proporcionen. Trabajamos para:

- Obtener el cumplimiento de los estándares de acreditación del NCQA
- Obtener un alto nivel de desempeño HEDIS®
- Recibir un alto nivel de desempeño CAHPS®

HEDIS® es una marca registrada del Comité nacional para el control de la calidad (NCQA, por sus siglas en inglés).

CAHPS® es una marca comercial registrada de la Agencia para la investigación y la calidad en el cuidado de la salud (AHRQ, por sus siglas en inglés).

## Alcance del programa

El Programa para el mejoramiento de la calidad de Humana rige la evaluación de la calidad y las actividades para el mejoramiento de Humana Healthy Horizons in Indiana. Esto incluye:

- Satisfacer los requisitos de calidad de los centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés)
- Establecer prácticas clínicas seguras en toda la red de proveedores
- Proporcionar supervisión de la calidad de todos los servicios clínicos
- Cumplir con las normas de acreditación del NCQA
- Auditoría de cumplimiento y medición del desempeño de HEDIS®
- Monitorear y evaluar la satisfacción de afiliados y proveedores
- Manejar toda la calidad del cuidado y las quejas sobre la calidad del servicio
- Garantizar que el programa para el mejoramiento de la calidad atienda eficazmente a los afiliados con necesidades culturales y lingüísticas diversas
- Garantizar que el programa para el mejoramiento de la calidad atienda eficazmente a los afiliados con necesidades de salud complejas
- Evaluar los rasgos y necesidades de la población de los afiliados
- Evaluar la disponibilidad y la accesibilidad geográficas de los proveedores de cuidado primario y especializado

Anualmente, Humana pone a disposición de sus afiliados y proveedores información sobre su programa para la calidad en el sitio web de Humana. Para obtener una copia impresa del programa para el mejoramiento de la calidad (QI, por sus siglas en inglés) de Humana, llame a servicios para afiliados.

Humana reúne y utiliza datos sobre el desempeño de los proveedores para mejorar la calidad de los servicios.

## Medidas de calidad

Humana evalúa y analiza continuamente la calidad del cuidado y los servicios que se ofrecen a nuestros afiliados.

Humana utiliza HEDIS® para medir la calidad del cuidado médico prestado a los afiliados. HEDIS® es una de las herramientas de medición del cuidado de la salud más ampliamente utilizadas en los Estados Unidos. HEDIS® es una marca registrada del Comité nacional para el Control de la calidad (NCQA, por sus siglas en inglés).

La herramienta HEDIS® la utilizan los planes de salud estadounidenses para medir ámbitos importantes con respecto a cuidado y servicio. Permite comparaciones entre planes de salud con respecto al cumplimiento de las mediciones de desempeño estatales y federales y los puntos de referencia nacionales de HEDIS®.

Las mediciones de HEDIS® se fundamentan en el cuidado basado en evidencia y abordan las áreas de cuidado más apremiantes. Las posibles mediciones de calidad para Humana son:

- Revisiones preventivas (cáncer de mama, cáncer de cuello de útero, etc.)
- Bienestar infantil
- Coordinación de cuidados para afecciones crónicas
- Cuidado integral de la diabetes
- Control de la presión arterial alta
- Salud del comportamiento
- Seguimiento después de una hospitalización por enfermedad mental
- Manejo de antidepresivos
- Seguimiento de niños a los que se les recetó medicamento para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (ADHD, por sus siglas en inglés)
- Seguridad

Humana utiliza la encuesta CAHPS® para captar las perspectivas de los afiliados sobre la calidad del cuidado de la salud. CAHPS® es un programa que supervisa la Agencia para la investigación y la calidad en el cuidado de la salud (AHRQ, por sus siglas en inglés) del Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos.

Las posibles medidas CAHPS® para el plan son:

- Servicios para afiliados
- Acceso al cuidado médico rápidamente
- Acceso a cuidado necesario
- Cómo se comunican los médicos
- Calificaciones de todo el cuidado de la salud, los planes de salud, los médicos personales y los especialistas

## La discriminación es contra la ley

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 federales aplicables sobre derechos civiles.

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 como, 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 14618

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. Departamento de salud y servicios humanos

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building Washington, D.C.20201

1-800-368-1019, 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

### Aviso 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 normas estatales y federales. Tiene derecho a saber lo que se ha compartido.

### 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.

### Derechos y protecciones

#### Aviso sobre prácticas de privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN QUE SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED, Y LA FORMA EN QUE USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETALLADAMENTE.

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

Este aviso sobre prácticas de privacidad se aplica a todas las entidades que forman parte del ACE de seguros, una entidad afiliada cubierta conforme a la Ley HIPAA. El ACE es un grupo de entidades cubiertas legalmente separadas que están afiliadas y se han designado a sí mismas como una sola entidad cubierta a los fines de la HIPAA. La lista completa de las entidades de ACE se encuentra disponible en <https://humana.com/insurance>.

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

### **¿Qué es la información personal o de salud 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 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 nuestros afiliados y con otros. Por ejemplo, es posible que recibamos información sobre usted de participantes del sistema del cuidado de la salud, como su médico u hospital, así como de empleadores o administradores de planes, agencias de informes de crédito y del Medical Information Bureau (Agencia de información médica).

### **¿Qué información recibimos sobre usted?**

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

### **¿Cómo protegemos su información?**

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

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

### **¿Cómo usamos y divulgamos su información?**

Usamos y divulgamos su información:

- A usted o a alguien con derecho legal para actuar en su nombre
- Al secretario del Departamento de salud y servicios humanos

Tenemos derecho a usar y divulgar su información:

- A un médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud para que usted pueda recibir cuidado médico.
- Para 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 de cuidado de la salud, lo que incluye procesar su inscripción, responder a sus preguntas, coordinar su cuidado, mejorar la calidad y determinar primas.
- Para realizar actividades de evaluación de riesgo. Sin embargo, no utilizaremos ningún resultado de pruebas genéticas ni formularemos preguntas en relación con el historial familiar.

- Al patrocinador de su plan, para permitirle desempeñar las funciones de administración del plan, como actividades relacionadas con la elegibilidad, la afiliación y la desafiliación. En ciertas situaciones, podemos compartir con el patrocinador de su plan información de salud resumida sobre usted. Por ejemplo, para permitir que el patrocinador de su plan obtenga ofertas de otros planes de salud. Su información de salud detallada no se compartirá con el patrocinador de su plan. Le pediremos permiso a usted o el patrocinador de su plan deberá certificar que acepta mantener la privacidad de su información.
- Para comunicarnos con usted y brindar información sobre beneficios y servicios relacionados con la salud, recordatorios de citas o alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés. Si usted optó por no recibir este tipo de información, no nos comunicaremos con usted.
- A sus familiares y amigos si usted no puede comunicarse, como en un caso de emergencia.
- A sus familiares y amigos, o a cualquier otra persona que usted indique. Esto se aplica si la información es directamente relevante en la participación de ellos en su cuidado de la salud o el pago de ese cuidado. Por ejemplo, si un familiar o un cuidador nos llama con conocimientos previos acerca de una reclamación, podemos confirmar si la reclamación se recibió y se pagó.
- Para proporcionar información de pago al suscriptor como fundamento ante el Servicio de impuestos internos.
- A agencias de salud pública, si consideramos que existe una grave amenaza para la salud o la seguridad.
- A las autoridades pertinentes cuando haya situaciones como abuso, negligencia o violencia.
- En respuesta a una orden de un tribunal o administrativa, citación, solicitud de hallazgos u otros procesos legales.
- Para los fines de la aplicación de la ley, a las autoridades militares y según lo exija la ley de algún otro modo.
- Para ayudar en tareas de recuperación en caso de desastres.
- Para programas de cumplimiento y actividades de supervisión de la salud.
- Para cumplir nuestras obligaciones conforme a cualquier ley o contrato del programa de compensación laboral.
- Para evitar una grave e inminente amenaza para su salud o seguridad, o para la salud o seguridad de otras personas.
- Con fines de investigación en circunstancias limitadas y siempre que se hayan tomado las medidas apropiadas para proteger su privacidad.
- Para la obtención, el almacenamiento o el trasplante de órganos, ojos o tejido.
- A un médico forense, examinador médico o director funerario.

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

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

Los siguientes usos y divulgaciones requerirán su permiso por escrito:

- La mayoría de los usos y 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 sus solicitudes 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 suscripción adversa:** si denegamos su solicitud de seguro, usted tiene derecho a que se le proporcione el motivo de la denegación.
- **Comunicaciones alternativas:** para evitar una situación que ponga en riesgo la vida, usted tiene derecho a recibir su información de una manera diferente o en un lugar diferente. Cumpliremos con su solicitud si esta es razonable.
- **Enmienda:** usted tiene derecho a solicitar la corrección de cualquiera de esta información personal mediante enmienda o eliminación. En un plazo de 60 días hábiles a partir de la recepción de su solicitud por escrito, le notificaremos nuestra enmienda o eliminación de la información en disputa, o de nuestra negativa a realizar tal corrección después de más investigaciones. Si nos negamos a enmendar o eliminar la información en disputa, usted tiene derecho a enviarnos una declaración por escrito de los motivos de su desacuerdo con nuestra evaluación de la información en disputa y lo que usted considera como la información correcta. Pondremos dicha declaración a disposición de todas las partes que revisen la información en disputa.\*
- **Divulgación:** usted tiene derecho a recibir una lista de casos en los que nosotros o nuestros socios comerciales hayamos divulgado su información.

Esto no se aplica a tratamientos, pagos, actividades operativas del plan de salud y otras actividades determinadas. Mantenemos esta información y la ponemos a su disposición durante un período de 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 escrita de este aviso en cualquier momento.
- **Restricción:** usted tiene derecho a solicitar que se limite la manera en que se utiliza o divulga su información. No estamos obligados a aceptar esta limitación, pero si lo hacemos acataremos nuestro acuerdo. Usted también tiene derecho a aceptar o poner término a una limitación previamente presentada.

\*Este derecho solo se aplica a nuestros residentes de Massachusetts de acuerdo con las normas estatales.

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

Si cree que se ha violado su privacidad, puede presentar una queja ante nosotros llamándonos al 1-866-861-2762 en cualquier momento.

También puede enviar una queja por escrito a la oficina de Derechos civiles (OCR, por sus siglas en inglés) del Departamento de salud y servicios humanos de los EE. UU. Le suministraremos la dirección regional de la OCR que corresponda, si así lo solicita. También puede enviar su queja a [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov). Si decide presentar una queja, sus beneficios no se verán afectados y no aplicaremos sanciones ni tomaremos represalias en su contra en ningún caso.

Respaldamos su derecho a proteger la privacidad de su información personal y de salud.

## Nuestras responsabilidades

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

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted.

El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

## ¿Cómo ejerzo mis derechos o cómo obtengo una copia de este aviso?

Puede ejercer todos sus derechos de privacidad obteniendo los formularios aplicables. Puede obtener estos formularios:

- Comuníquese con nosotros al 1-866-861-2762
- Acceda a nuestro sitio web en [es-www.humana.com](http://es-www.humana.com) y vaya al enlace prácticas de privacidad
- Envíe el formulario de solicitud completado a:  
Humana Inc. Privacy Office 003/10911  
101 E. Main Street  
Louisville, KY 40202

## Otros seguros/subrogación

Si tiene otro seguro médico, llame a servicios para afiliados al 866-274-5888 (TTD/TTY: 711) para informarnos. Puede que tenga un seguro médico a través de su trabajo, o que sus hijos estén asegurados a través de su otro progenitor.

También debe llamarnos si ha perdido el seguro médico del que nos informó. No darnos esta información puede causar problemas para obtener cuidado médico y facturas.

Los proveedores enviarán primero una factura a su seguro principal. Después de que su seguro principal pague la cantidad, su proveedor nos facturará. Pagaremos la cantidad restante después de que el seguro principal haya efectuado el pago (hasta la cantidad que habríamos pagado como seguro principal). Si cambia de seguro, comuníquenoslo de inmediato.

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 o
- 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, y
- 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 inscripción, 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 proporcionará 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 HIPAA 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

Instrucciones por adelantado 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.
Examen físico anual	Consultas anuales a un proveedor médico de cuidado primario (PMP, por sus siglas en inglés) para controlar su salud. A menudo se denomina consulta de bienestar, examen médico preventivo o chequeo.
Apelación	Una solicitud escrita o verbal para que se anule una decisión.
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.
Coordinación 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.
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.
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 médico.
División de recursos familiares (DFR)	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.
Afiliado elegible	Persona certificada por el estado como elegible para recibir asistencia médica.

Explicación de beneficios (EOB)	Una explicación de los servicios prestados por su proveedor y los pagos efectuados por dichos gastos.
Administración de servicios familiares y sociales (FSSA)	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.
Queja formal	Una queja sobre el plan de salud o los proveedores.
Detección de necesidades de la salud (HNS)	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.
Servicios comunitarios y basados en el hogar (HCBS)	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) o para retrasar o evitar el ingreso en un centro de enfermería.
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.
Dentro de la red	Cuando un médico, hospital u otro proveedor acepta su plan de seguro médico, significa que pertenece a la red. También los llamamos proveedores participantes.
Entidad de cuidado médico administrado (MCE) u Organización de cuidado médico administrado (MCO)	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.
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.
Necesarios 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.
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.
Proveedor médico de cuidado primario (PMP)	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.
Autorización previa	Se requiere autorización para la prestación de determinados servicios. El contratista de servicios médicos y los consultores médicos del estado revisan la AP según la necesidad médica, la razonabilidad y otros criterios. La AP debe obtenerse antes del servicio para que los beneficios se proporcionen en un plazo determinado, excepto en ciertos casos permitidos.

# Formulario de designación de representante de la Oficina de quejas formales y apelaciones de Humana Healthy Horizons

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.  
(El nombre del tutor legal o representante va aquí).

- 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 legal o representante 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



## Llámenos si nos necesita

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para leer o entender este documento, llámenos al **866-274-5888 (TTY: 711)**. Estamos a su disposición de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Podemos ayudarle sin costo para usted. Podemos explicarle el documento en inglés o en su idioma materno. También podemos brindarle ayuda si tiene dificultades de la vista o la audición. Consulte su Manual para los afiliados para obtener información sobre sus derechos.

## ¡Importante!

En Humana, es importante que usted reciba un trato justo.

Humana Inc. y sus subsidiarias no discriminan ni excluyen a las personas por motivos de raza, color 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 federales aplicables sobre derechos civiles. Si usted cree que Humana o sus subsidiarias le han discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Usted puede presentar una queja, también conocida como queja formal a: **Discrimination Grievances**, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al **866-274-5888** o bien, si utiliza un **TTY**, llame al **711**.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.**, Oficina de Derechos Civiles, por vía electrónica a través de su Portal de quejas, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o en **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **800-368-1019-800, 537-7697** (TDD). Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

Usted tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos.  
**866-274-5888 (TTY: 711)**

Humana provee recursos y servicios auxiliares gratuitos como, por ejemplo, intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con incapacidades, cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

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

Usted tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.  
**866-274-5888 (TTY: 711)**

**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 librang 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.

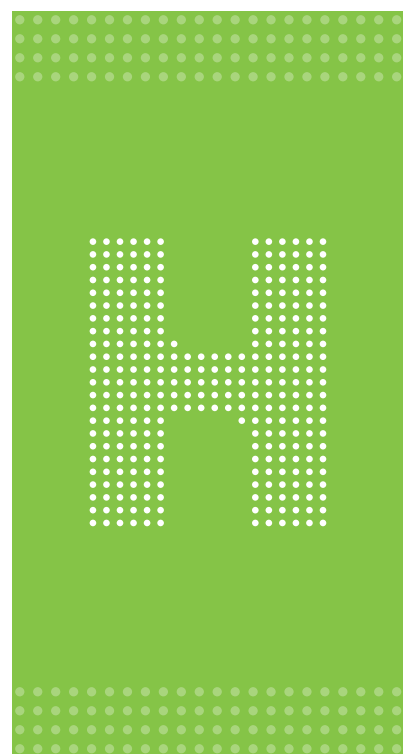
**Srpsko-hrvatski (Serbo-Croatian)** Nazovite gore navedeni broj ako želite besplatne usluge jezične pomoći.

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



## ¿Preguntas?

Llame a servicios para afiliados  
al 866-274-5888 (TTY: 711)



**Humana**  
Healthy Horizons<sup>®</sup>  
in Indiana