

Humana Healthy Horizons in Oklahoma
Manual para Afiliados

Fecha de Vigencia: 7/1/2026

Humana Healthy Horizons in Oklahoma

Julio de 2026

Usted tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. **855-223-9868 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora del centro.

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

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

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

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

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。

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

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

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

မြန်မာနိုင်ငံ (Burmese) အခမဲ့ ဘာသာစကား အကူအညီ ဝန်ဆောင်မှုများ ရယူရန် အထက်ပါ ဖုန်းနံပါတ်ကို ခေါ်ဆိုပါ။

Hmoob (Hmong) Hu rau tus xov tooj saum toj sauv kom tau txais kev pab txhais lus dawb.

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

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

ພາສາລາວ (Lao): ໂທຫາເບີໂທລະສັບຂ້າງເທິງ ເພື່ອຮັບບໍລິການ ຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາຟຣີ.

ภาษาไทย (Thai): โทรไปที่หมายเลขด้านบนเพื่อรับบริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรี

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

tsalagi gawonihisdi (Cherokee) ᎧᏴᏓᏏ ᎾᏍᎩ ᏕᏣᎳᏣᏟ ᏗᏎᏍᏓ ᎾᎢ ᎠᎴᏫ ᏕᎯᏂᎯᎸᏍᏗ ᎤᎾᏓᏍᏕᎵᏗ ᎢᏳᎾᏓᏛᏁᏗᏢ.

فارسی (Farsi) .دیریگب امس ریز ریگان اب امش ر ه وف ق امس ر ت ر وصب ی نابز تلایهست تفایرد ی ارب

Este aviso está disponible en **es-www.humana.comOklahomaDocuments**.

Humana Healthy Horizons in Oklahoma es un producto de Medicaid de Humana Wisconsin Health Organization Insurance Corporation.

OKHMEDXSP_Approved

Su Humana Healthy Horizons in Oklahoma

Guía de Referencia Rápida

QUIERO:	PUEDO COMUNICARME CON:
Encontrar un médico, un especialista o un servicio de cuidado de la salud	Mi proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) es el médico principal que me atiende. Para obtener ayuda en la elección de mi PCP, puedo llamar a Servicios para afiliados al número gratuito **855-223-9868**, TTY: 711, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro.
Solicitar la raza o el origen étnico de mi proveedor.	Servicios para afiliados al número gratuito **855-223-9868** TTY: 711, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro.
Obtener la información de este manual en otro formato o idioma	Servicios para afiliados al número gratuito **855-223-9868** TTY: 711, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro.
Llevar un mejor registro de mis citas y servicios de salud	Mi PCP o Servicios para afiliados al número gratuito **855-223-9868** TTY: 711, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro.
Obtener ayuda para acudir a las citas con mi médico y volver a casa	Servicios para afiliados al número gratuito **855-223-9868** TTY: 711, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro. También encontrará más información sobre los Servicios de transporte en este manual.
Obtener ayuda para manejar el estrés, la ansiedad o la depresión.	La Oklahoma Mental Health Lifeline (línea directa de apoyo para la salud mental de Oklahoma), en el **988** está abierta las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días a la semana. Llame al 911 si está en peligro o necesita atención médica inmediata.
Obtener respuestas a preguntas o inquietudes básicas sobre mi salud, mis síntomas o mis medicamentos	La Línea de enfermería al número gratuito **800-854-6619**, TTY: 711 en cualquier momento, las 24 horas al día, los 7 días a la semana, o hablar con mi PCP.

Entender una carta o aviso de mi plan de salud que recibí por correo. Presentar un reclamo sobre mi plan de salud Obtener ayuda con un cambio o una denegación reciente de mis servicios de cuidado de la salud.	Servicios para afiliados al número gratuito **855-223-9868** TTY: 711, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro. También puede presentar un reclamo ante el Departamento de Seguros de Oklahoma visitando https://www.oid.ok.gov/consumers/file-an-online-complaint/.
Actualizar mi dirección o información personal.	La Línea de ayuda de SoonerCare al número gratuito **800-987-7767** o visitar www.MySoonerCare. org.
Encontrar el directorio de proveedores de mi plan u otra información general sobre mi plan.	El sitio web de mi plan en es-www.humana.com/healthyOklahoma o la línea gratuita de Servicios para afiliados al **855-223-9868 TTY: 711**, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro.

Palabras clave utilizadas en este manual

Al leer este manual, es posible que vea algunas palabras nuevas. Esto es lo que queremos decir cuando las usamos.

Abuso: prácticas del proveedor o del afiliado que provocan un costo innecesario al programa de Medicaid o el reembolso por servicios que no son necesarios por razones médicas.

Adulto con expansión: una persona que tiene de 19 a 64 años de edad con ingresos equivalentes o por debajo del 138% del nivel federal de pobreza y que se determina que califica para Medicaid.

Adulto sin expansión: un adulto que califica para el programa de Medicaid de Oklahoma y cumple los requisitos de elegibilidad, tal como mujeres embarazadas y padres/cuidadores de dependientes menores de 19 años de edad que cumplen los límites de ingresos.

Afección médica de emergencia: una situación en la que su vida podría verse amenazada o usted podría sufrir lesiones permanentes si no recibe cuidado de inmediato (como un paro cardíaco o la fractura de un hueso).

Afiliado: una persona inscrita en un plan de salud y con cobertura por dicho

plan.

Apelación acelerada (más rápida): es una petición para que revisen la decisión en 72 horas si su plan de salud toma la decisión de reducir, interrumpir o restringir sus servicios del cuidado de la salud y usted considera que la espera de 30 días para que tomen una decisión para la apelación perjudicará a su salud.

Apelación estándar: una petición a su plan de salud para que revise una decisión que ha tomado el plan sobre la reducción, interrupción o restricciones de sus servicios de cuidado de la salud. Su plan tomará una decisión sobre su apelación en un plazo de 30 días calendario.

Apelación: una petición a su plan de salud para que revise una decisión que ha tomado el plan sobre la reducción, interrupción o restricciones de sus servicios de cuidado de la salud.

Audiencia imparcial estatal: si no está satisfecho/a con la decisión final que su plan de salud tomó sobre su apelación, puede solicitar una audiencia para llevar su caso ante un juez de derecho administrativo.

Autoridad de Cuidado de la Salud de Oklahoma (OHCA, por sus siglas en inglés): la agencia estatal de Medicaid en Oklahoma y la agencia que supervisa el programa SoonerSelect.

Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés) (o preautorización): la aprobación necesaria de su plan antes de que pueda recibir determinados medicamentos o servicios de cuidado de la salud.

Aviso de resolución adversa: Información escrita que le envía el plan si se deniega su apelación.

Aviso de resolución: información escrita que le envía el plan si se aprueba su apelación.

Beneficios excluidos: servicios o beneficios que no cubre el plan de salud.

Beneficios: servicios de cuidado de la salud del comportamiento y médicos que cubre su plan de salud.

Cobertura para medicamentos recetados: plan o seguro de salud que ayuda a pagar los medicamentos recetados.

Coordinador de cuidado de la salud: un trabajador de cuidado de la salud especialmente capacitado que trabaja con usted y sus médicos para asegurarse de que reciba el cuidado adecuado cuando y donde lo necesite.

Copago: un costo que usted paga cuando recibe determinados servicios de cuidado de la salud o una receta.

Cuidado ambulatorio en el hospital: cuidados que recibe en un hospital o centro médico sin ser internado o por una estadía inferior a 24 horas (incluso si esta estadía es durante la noche).

Cuidado de enfermería especializada: cuidados que requiere la habilidad de un profesional de enfermería certificado.

Cuidado de la salud en el hogar: determinados servicios que usted recibe fuera de un hospital o centro de enfermería para ayudarle con las actividades de la vida diaria, tal como servicios de ayuda en el hogar para la salud o servicios de enfermería especializada.

Cuidado de urgencia: cuidado para una afección médica que necesita atención médica inmediata pero que no es una afección médica de emergencia. Puede recibir cuidado de urgencia en una clínica sin necesidad de cita para una lesión o enfermedad que no tiene el potencial de causar la muerte (como la gripe o un esguince de tobillo).

Cuidado en la sala de emergencias: el cuidado que recibe en un hospital si tiene una afección médica de emergencia.

Cuidado especializado: cuidado de la salud necesario por razones médicas que se centra en afecciones específicas o que la ofrece un especialista.

Determinación adversa de beneficios: una decisión que su plan puede tomar para reducir, interrumpir o restringir sus servicios de cuidado de la salud.

Emergencia para la salud del comportamiento: una situación en la que hay un alto riesgo de conducta que puede causar daños graves o la muerte a uno mismo o a otros.

Equipo médico duradero: determinados artículos (como un andador o una silla de ruedas) que su médico puede indicarle que utilice si sufre una enfermedad o lesión.

Especialista: un médico capacitado que ejerce su profesión en un área específica de la medicina.

Farmacodependencia: una afección que incluye el uso inapropiado o la adicción al alcohol o drogas legales o ilegales.

Fraude: engaño o falseamiento intencional por parte de una persona que

tenga como consecuencia algún beneficio no autorizado para ellos mismos o para otra persona.

Hospitalización: admisión en un hospital para recibir tratamiento durante más de 24 horas.

Indio americano/nativo de Alaska (AI/AN, por sus siglas en inglés): una persona que forma parte de una tribu de Indios Americanos reconocida federalmente; una persona que reside en un centro urbano y califica como miembro de una tribu de Indios americanos, nativos de Alaska o se considera un Indio americano en virtud de las regulaciones federales; una persona que el gobierno federal considere que es un Indio americano para cualquier fin. Se puede usar el término AI/AN para referirse a esta población.

Instrucción anticipada: un conjunto de instrucciones que da sobre los cuidados de la salud del comportamiento y médicos que quiere si alguna vez pierde la capacidad de tomar decisiones por sí mismo/a. Esto podría incluir un testamento en vida, la designación de un poder legal para el cuidado de la salud o ambas cosas.

Malgasto: el uso excesivo o mal uso de servicios de cuidado de la salud que aumenta los costos de Medicaid.

Medicaid: Un plan de salud que ayuda a algunas personas a pagar el cuidado de la salud. Por ejemplo, el programa SoonerSelect es un programa de salud de Medicaid que paga la cobertura médica.

Medicamentos recetados: un medicamento que, por ley, requiere la receta de un médico.

Necesario por razones médicas: servicios o tratamientos médicos que necesita para recuperar su salud y mantenerla. Los servicios deben seguir los estándares y pautas para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de los síntomas de la enfermedad, afección o discapacidad.

Plan (o plan de salud): la compañía que le proporciona cobertura de seguro de salud. Su plan de salud es Humana Healthy Horizons in Oklahoma.

Prima: un pago mensual realizado para conseguir la cobertura del seguro de salud. Usted no tiene una prima en SoonerSelect.

Proveedor de cuidado de la salud indígena (IHCP, por sus siglas en inglés): un programa de cuidados de la salud operado por los Servicios de Salud Indígena o por una tribu de Indios Americanos, organización tribal o una Organización India Urbana. Se puede usar el término IHCP para referirse a

este tipo de proveedor. Cualquier persona que sea AI/AN puede seleccionar un IHCP como su proveedor de cuidado primario.

Proveedor de cuidado primario (general): un médico que ha recibido capacitación para prevenir, diagnosticar y tratar una amplia gama de enfermedades y lesiones en la población general.

Proveedor de cuidado primario (PCP) (específico para usted): el proveedor médico que se encarga y coordina todas sus necesidades médicas, incluidos referidos y autorizaciones previas. A menudo, el PCP es la primera persona con la que debe comunicarse si necesita cuidado. Su PCP puede ser un médico, incluido un(a) obstetra/ginecólogo(a), un/a profesional de enfermería practicante, un asistente médico o una enfermera partera certificada. Si es una persona que es AI/AN, puede elegir un proveedor indio de cuidado de la salud como su PCP.

Proveedor no participante/proveedor fuera de la red: un médico u otro proveedor que no tiene contrato ni es empleado del plan de salud para ofrecer servicios en virtud del programa SoonerSelect.

Proveedor participante: un médico u otro proveedor, incluida una farmacia, que tiene contrato o es empleado del plan de salud para ofrecer servicios en virtud del programa SoonerSelect.

Proveedor: un profesional o centro de cuidado de la salud que ofrece servicios de cuidado de la salud, como un médico, hospital o farmacia.

Queja formal: un reclamo que puede presentar si tiene un problema con su plan de salud, proveedor, cuidados o servicios.

Red (o red de proveedores): un grupo de médicos, hospitales, farmacias y otros trabajadores de cuidado de la salud que tienen un contrato con su plan de salud para proveer servicios de cuidado de la salud a sus afiliados.

Referido fuera de la red: si su plan de salud no tiene el especialista que necesita en su red de proveedores, es posible que le encuentren uno fuera de su plan de salud para que lo atienda.

Seguro de salud: un tipo de cobertura de seguro que paga sus costos de salud y médicos. Su cobertura de Medicaid es un tipo de seguro.

Servicios de hospicio: servicios especiales para pacientes y sus familias durante las etapas finales de una enfermedad. Los servicios de hospicio incluyen determinados servicios físicos, psicológicos y sociales que brindan apoyo a personas con enfermedades terminales y sus familiares o cuidadores.

Servicios de un médico: los servicios ofrecidos por una persona autorizada por las leyes estatales para ejercer la medicina u osteopatía, pero no los servicios ofrecidos por los médicos mientras está admitido en el hospital.

Servicios en casos de emergencia: servicios que recibe para evaluar, tratar o estabilizar su afección médica de emergencia.

Servicios para la salud del comportamiento: servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para trastornos de salud mental (bienestar emocional, psicológico y social) y farmacodependencia (alcohol y drogas).

Servicios y dispositivos de habilitación: servicios del cuidado de la salud que pueden ayudarle a mantener, adquirir o mejorar habilidades y su desempeño para la vida diaria.

Servicios y dispositivos de rehabilitación: servicios de cuidado de la salud y equipo que le ayuda a recuperar las habilidades o los conocimientos que podría haber perdido o comprometido a causa de una enfermedad, accidente, lesión o cirugía. Estos servicios pueden incluir terapia física o del habla o servicios de rehabilitación del comportamiento.

Transporte médico de emergencia: transporte en ambulancia al hospital o centro médico más cercano debido a una afección médica de emergencia.

Transporte médico que no es de emergencia: Humana puede organizar todo para ayudarle a ir y regresar de sus citas, incluidos vehículos personales, taxis, vans, minibuses y transporte público.

Le damos la bienvenida a Humana Healthy Horizons in Oklahoma

SoonerSelect

Guía de Referencia Rápida. 4
Palabras clave utilizadas en este manual 5
Le damos la bienvenida al programa SoonerSelect de Humana Healthy Horizons in Oklahoma 14
Cómo funciona SoonerSelect. 14
El Plan, nuestros proveedores y usted. 14
Cómo utilizar este manual. 15
Ayuda de servicios para afiliados 15
Otras formas mediante las que podemos ayudar 16
Horario de atención. 17
Recursos y servicios auxiliares 17
Cómo convertirse en afiliado del programa SoonerSelect. 18
Cómo convertirse en afiliado de Humana 19
Su Tarjeta de identificación del plan de salud 19
PARTE I: LO PRIMERO QUE DEBE SABER 21
Cómo Elegir su PCP 21
Cómo cambiar Su PCP 22
Segundas opiniones 23
Cómo obtener cuidado de la salud habitual. 23
Telesalud. 26
Proveedores fuera de la red. 26
Obtenga estos servicios sin un referido. 26
Emergencias. 27
Cuidado de urgencia 28
Cuidados fuera de Oklahoma. 29
PARTE II: SUS BENEFICIOS 30
Cómo sabe si es un adulto con expansión o sin expansión 30
Beneficios 30
Servicios dentales. 31

Servicios cubiertos por la red de Humana 31
Farmacia 44
Copago 45
Servicios para la salud del comportamiento y salud mental y servicios por farmacodependencia 46
Otros servicios cubiertos 49
Servicios de transporte 58
Apoyo adicional para manejar su salud 59
Ayuda con problemas que no requieren cuidado médico 60
Coordinación del cuidado de la salud y servicios de extensión 60
Coordinación del cuidado complejo 61
Transiciones en el cuidado 61
Servicios de maternidad Humana Care Beginnings 62
Beneficio para pruebas de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) 62
Cronograma de consultas de salud infantil 63
Servicios sin cobertura 63
Otros servicios sin cobertura: 64
Qué sucede si recibe una factura 64
PARTE III: PROCEDIMIENTOS DEL PLAN 66
Programa del período sin cambios de farmacia 66
Autorización previa y medidas 66
Solicitudes de autorización previa para niños menores de 21 años 66
¿Qué sucede después de que recibimos su solicitud de autorización previa? 67
Autorización previa y plazos 67
Cómo puede ayudar con las políticas del plan de salud 69
Apelaciones 69
Más Información para Apelaciones 70
Nuestra decisión sobre su apelación 71
Su cuidado mientras espera una decisión sobre su apelación 72
Audiencias imparciales estatales 72
Su cuidado mientras espera una decisión sobre su audiencia imparcial estatal 73

Cómo solicitar una audiencia imparcial estatal 73
Si tiene problemas con su plan de salud. 74
Si no está satisfecho/a con su plan: Cómo presentar una queja formal 75
Su cuidado médico cuando cambia de plan de salud o de médicos (transición en el cuidado) 76
Derechos y responsabilidades del afiliado 77
Sus derechos 77
Sus responsabilidades. 78
Opciones de desafiliación 79
Si desea salir del plan. 79
Puede ser inelegible para SoonerSelect. 79
Le podemos pedir que deje humana 80
Instrucciones anticipadas. 80
Testamento en vida 81
Poder legal para el cuidado de la salud 81
Instrucciones anticipadas para tratamiento de salud mental 81
Fraude, malgasto y abuso 82
Números de teléfono importantes. 82
Manténganos informados 83
Información adicional 83
PARTE IV: INFORMACIÓN SOBRE SALUD Y BIENESTAR 84
Otros programas que le ayudarán a mantenerse saludable 84
Programa de maternidad 84
Programa para dejar el tabaco 84
Go365 for Humana Healthy Horizons. 85
Cuenta MyHumana 90
Mejora de la calidad 91
Aviso de no discriminación 96
Formulario para designación de un representante 97

Le damos la bienvenida al programa SoonerSelect de Humana Healthy Horizons in Oklahoma

Este manual será su guía para todos los servicios de cuidado de la salud de Medicaid a su disposición. Si tiene preguntas sobre la información en su paquete de bienvenida, este manual, o su nuevo plan de salud, llame a Servicios para afiliados al número gratuito **855-223-9868 TTY: 711** de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro, o visite nuestro sitio web en es-www.humana.com/HealthyOklahoma. También podemos ayudarle a realizar una cita con su médico e informarle más sobre los servicios que puede recibir con su nuevo plan de salud.

Cómo funciona SoonerSelect

El Plan, nuestros proveedores y usted

Muchas personas obtienen sus beneficios de salud a través de programas como SoonerSelect, que funciona como una base central para su salud. SoonerSelect ayuda a coordinar y gestionar todas sus necesidades de cuidado de la salud.

Humana Healthy Horizons in Oklahoma (Humana) tiene un contrato con la Autoridad de Cuidado de la Salud de Oklahoma (OHCA) para satisfacer las necesidades de cuidado de la salud de personas que tienen Medicaid de Oklahoma. Por otra parte, trabajamos con un grupo de proveedores de cuidado de la salud para ayudarnos a satisfacer sus necesidades. Estos proveedores (médicos, terapeutas, especialistas, hospitales, proveedores de cuidado domiciliario y otros centros de cuidado de la salud) conforman nuestra red de proveedores. Encontrará una lista de proveedores participantes en nuestro directorio de proveedores. Puede consultar nuestro sitio web en es-www.humana.com/HealthyOklahoma para encontrar el directorio de proveedores en línea. El directorio incluye información importante como la dirección del proveedor, el número de teléfono, la especialidad y otras cualificaciones. Si hay alguna información que no esté incluida en el directorio, como la residencia del proveedor o la facultad de medicina a la que asistió, póngase en contacto directamente con el consultorio del proveedor para preguntar. También puede llamar a Servicios para afiliados al número gratuito **855-223-9868 TTY: 711**, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro para obtener una copia gratis del directorio de proveedores. Humana y SoonerSelect son exactamente lo mismo.

Cuando se afilia a Humana, nuestros proveedores están aquí para apoyarle. La mayor parte del tiempo, esa persona será su PCP. El PCP es el proveedor médico que se encarga y coordina todas sus necesidades médicas, incluidos

referidos y autorizaciones previas. Si necesita que le hagan una prueba, acudir a un especialista u hospital, su PCP puede ayudar a programarlo.

Si necesita hablar con su PCP después del horario de atención o los fines de semana, llame y deje un mensaje con información de cómo podemos ponernos en contacto con usted. Su PCP le devolverá la llamada lo antes posible. Aunque su PCP es su principal fuente de cuidado de la salud, en algunos casos, puede acudir a determinados médicos para recibir algunos servicios sin consultar con su PCP.

Cómo utilizar este manual

Este manual le dirá cómo funcionará Humana Healthy Horizons in Oklahoma. Este manual es su guía para los servicios de salud y bienestar. Le indica los pasos que debe seguir para que el plan le resulte útil.

En las primeras páginas, encontrará lo que debe saber de inmediato. El resto del manual puede esperar hasta que lo necesite. Utilice estos datos como referencia o verifíquelos a medida que los necesite.

Cuando tenga una pregunta, revise este manual, pregunte a su PCP o llame a Servicios para afiliados al número gratuito **855-223-9868 TTY: 711**, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro. También puede consultar nuestro sitio web en es-www.humana.com/HealthyOklahoma.

Ayuda de servicios para afiliados

Un representante está disponible para ayudarle en Servicios para afiliados. Solo llame a Servicios para afiliados disponible sin cargo/sin costo al **855-223-9868 TTY: 711**, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro.

Para obtener ayuda con asuntos y preguntas que no sean de emergencia, llame a Servicios para afiliados de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro. Si necesita ayuda después del horario de atención, puede llamar a su PCP. Su PCP contará con un sistema en caso de que usted necesite cuidado médico fuera del horario de atención o los fines de semana. Si llama y debe dejar un mensaje, deje su información de contacto. Su PCP le devolverá la llamada lo antes posible. También puede llamar a la línea de enfermería, disponible las 24 horas, al número gratuito **800-854-6619 TTY: 711**.

En caso de una emergencia médica, llame al 911.

Puede llamar a Servicios para afiliados para obtener ayuda cuando tenga una pregunta. Puede llamarnos para elegir o cambiar su PCP, para preguntar sobre beneficios y servicios, para obtener ayuda con referidos,

para reemplazar una tarjeta de identificación perdida, para informar del nacimiento de un bebé o para preguntar sobre cualquier cambio que pueda afectar a sus beneficios o a los de su familia.

Si está embarazada o queda embarazada, su hijo pasará a formar parte de Humana el día en que nazca. Si queda embarazada, llame a su plan para seleccionar un médico tanto para usted como para su bebé antes de que nazca su bebé.

Si el inglés no es su idioma principal (o si está leyendo esto en nombre de alguien que no sabe leer en inglés), podemos ayudarle. Queremos que sepa cómo usar su plan de cuidado de la salud, sin importar el idioma que hable. Simplemente llámenos y encontraremos una manera de hablar con usted en su propio idioma. Tenemos un grupo de personas (personal bilingüe o intérpretes) que puede ayudar sin costo.

Otras formas mediante las que podemos ayudar

- Si tiene inquietudes o preguntas básicas sobre su salud, puede llamar a nuestra Línea de enfermería al número gratuito **800-854-6619 TTY:711** en cualquier momento, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Puede recibir orientación sobre cuándo acudir a su PCP o hacer preguntas sobre síntomas o medicamentos.
- Si tiene estrés emocional o mental, llame a la Oklahoma Mental Health Lifeline (Línea directa de apoyo para la salud mental de Oklahoma) al **988** en cualquier momento, las veinticuatro (24) horas al día, los siete (7) días a la semana, para hablar con alguien que podrá escucharle y ayudarle. Estamos aquí para ayudarle con los problemas como estrés, depresión o ansiedad. Podemos conectarle con el soporte que necesita para sentirse mejor. **Llame al 911 si está en peligro o necesita atención médica inmediata.**

Para las personas con discapacidades: si utiliza una silla de ruedas o tiene problemas de audición o comprensión, llámenos si necesita ayuda adicional. Si está leyendo este manual en nombre de alguien que está ciego, sordo-ciego o que tiene dificultades de visión, también podemos ayudar. Podemos informarle si el consultorio de un médico es apto para sillas de ruedas o cuenta con dispositivos de comunicación especiales. Además, tenemos servicios disponibles sin cargo/sin costo como los siguientes:

- Una máquina de TTY. Nuestro número de teléfono del sistema TTY es el 711.
- Información en letra grande y Braille a pedido.

- Ayuda para programar o llegar a las citas.
- Nombres y direcciones de proveedores que se especializan en su afección.

Horario de atención

El Servicio para afiliados está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro. Si llama cuando estamos cerrados, deje un mensaje si se le solicita que lo haga. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. Si tiene problemas relacionados con la salud, nuestro personal de enfermería está disponible para ayudarle a través de nuestra Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas llamando al número gratuito **800-854-6619 TTY:711**.

Queremos escuchar lo que piensa de nosotros. Si tiene ideas sobre cómo podemos mejorar o sugerencias sobre cómo podemos brindarle un mejor servicio, háganoslo saber. Su opinión es importante. Queremos que sea un afiliado satisfecho y saludable.

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

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

Recursos y servicios auxiliares

Si tiene un trastorno auditivo, de la vista o del habla, tiene derecho a recibir información sobre su plan de salud, cuidado y servicios de salud en un formato que pueda comprender y al que pueda acceder. Humana Healthy Horizons in Oklahoma ofrece recursos y servicios gratuitos para ayudar a las personas a comunicarse eficazmente con nosotros, disponibles sin cargo/sin costo, como los siguientes:

- Una máquina de TTY. Nuestro número de teléfono del sistema TTY es el 711.
- Intérpretes acreditados del lenguaje de señas estadounidense.
- Subtítulos.
- Información por escrito en otros formatos (como braille, letra de imprenta grande, audio, formato electrónico accesible o de otro tipo).
- Interpretación remota por video.

Estos servicios están disponibles de manera gratuita para los afiliados. Para solicitar los recursos o servicios, llame a Servicios para afiliados al número gratuito **855-223-9868 TTY: 711**, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro.

Humana Healthy Horizons in Oklahoma cumple con las leyes federales de derechos civiles y no excluye ni trata a las personas de manera diferente por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, sexo, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Humana Healthy Horizons in Oklahoma no discriminará a nadie por cuidados de alto costo o cuidados frecuentes, estado de salud, necesidad de servicios de cuidado de la salud o por un cambio adverso en la afiliación, desafiliación o nueva afiliación en Humana Healthy Horizons in Oklahoma. Si usted cree que Humana Healthy Horizons in Oklahoma no le proporcionó estos servicios, puede presentar una queja formal o apelación. Para presentar una queja formal o apelación, o para obtener más información, llame a Servicios para afiliados al número gratuito **855-223-9868 TTY: 711**, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro. También puede presentar un reclamo sobre su plan ante el Departamento de Seguros de Oklahoma.

Cómo convertirse en afiliado del programa SoonerSelect

Como persona (AI/indio americano/nativo de Alaska, AN), puede cancelar su inscripción en el programa SoonerSelect por cualquier motivo. Como AI/AN, si elige no afiliarse o después decide cancelar la afiliación al programa SoonerSelect, podrá volver a inscribirse de nuevo durante el siguiente período de inscripción abierta. Los períodos de inscripción abierta son aproximadamente cada 12 meses.

Todas las demás personas que se consideren elegibles para SoonerCare y el programa SoonerSelect serán afiliadas en el programa SoonerSelect por SoonerCare. Quizás no pueda cancelar su inscripción en el programa SoonerSelect, pero puede cambiar de plan de salud como se indica a continuación.

Cómo convertirse en afiliado de Humana

Como persona AI/AN, si decide inscribirse en el programa SoonerSelect, tendrá la opción de elegir su plan de salud cuando se afilie por primera vez y durante los períodos de inscripción abierta. Si opta por el programa SoonerSelect y no elige un plan de salud, SoonerCare le asignará uno a usted. Puede cancelar la inscripción al plan de salud que le hayan asignado y elegir un plan de salud diferente en cualquier momento durante los primeros 90 días después de que comiencen los beneficios de su plan de salud. También puede cambiar de plan durante el período de inscripción abierta anualmente.

Los inscritos que no seleccionen un nuevo plan durante el periodo de afiliación abierta (OEP, por sus siglas en inglés) permanecerán en su plan actual y no serán elegibles para el periodo de cambio de noventa (90) días, a menos que la ley estatal o federal exija lo contrario.

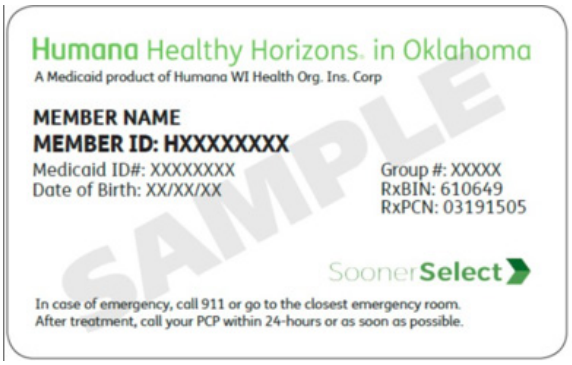
Todas las demás personas que se afilien en el programa SoonerSelect tendrán la opción de elegir su plan de salud cuando se afilien por primera vez y durante el período de inscripción abierta anualmente. Si no elige un plan de salud, SoonerCare le asignará uno a usted. Puede cancelar la inscripción en el plan de salud que le hayan asignado y elegir un plan de salud diferente en cualquier momento durante los primeros 90 días después de que comiencen los beneficios de su plan de salud o durante un período de inscripción abierta.

Para los afiliados que regresan al plan y eligen permanecer con el plan durante la OEP, ya no hay un plazo de 90 días para cambiar a otro plan después de la OEP. El período de 90 días solo tiene efecto para los nuevos afiliados de este plan.

Su Tarjeta de identificación del plan de salud

Su tarjeta de identificación de Humana se le envía por correspondencia en un plazo de 7 días después de afiliarse en su plan de salud. Utilizamos la dirección postal que tenemos en archivo en la Autoridad de Cuidado de la Salud de Oklahoma. También puede acceder a una copia digital de su tarjeta de identificación visitando es-www.humana.com. Tendrá su número de identificación de Medicaid e información sobre cómo puede comunicarse con nosotros si tiene alguna pregunta. Su tarjeta de identificación incluirá información de quejas de los proveedores de Humana Healthy Horizons in Oklahoma. Si algo está erróneo en su tarjeta de identificación de Humana, llámenos de inmediato. Si pierde su tarjeta, podemos ayudarle. Llame a Servicios para Afiliados al número gratuito **855-223-9868 TTY: 711**, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro. Lleve su tarjeta de identificación con usted en todo momento y muéstrela cada vez que necesite recibir cuidados.

Si no ha recibido todavía su tarjeta de identificación, llame a Servicios para afiliados. Si necesita obtener cuidados, ellos pueden ayudarle a encontrar un médico y podemos darle toda la información que necesita dar para recibir los servicios.





PARTE I: Lo Primero que Debe Saber

Cómo Elegir su PCP

Su PCP es un médico, profesional de enfermería practicante, asistente médico u otro tipo de proveedor que cuidará de su salud, coordinará sus necesidades y lo ayudará a conseguir referidos para servicios especializados si los necesita. Hay muchos tipos de proveedores de cuidado de la salud. El suyo podría ser un profesional médico general de medicina de familia, medicina interna, pediatría o un proveedor de cuidado de la salud indígena. Cuando se afilie en Humana, tendrá la oportunidad de elegir su propio PCP. Puede seleccionar o actualizar su PCP las 24 horas del día, los 7 días de la semana a través de su cuenta MyHumana en es-www.humana.com/HealthyOklahoma. Si necesita más ayuda o tiene preguntas, puede llamar a la línea gratuita de Servicios para afiliados al **855-223-9868 TTY: 711**, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro. Si no elige un PCP en los 30 días siguientes a su afiliación, elegiremos uno por usted. Si elegimos un proveedor para usted, intentaremos elegir uno que ya lo haya visto antes. También lo elegiremos según las necesidades de cuidado y afecciones que tenga. Cualquier proveedor que elijamos para usted estará cerca de su casa. (Vea “Cómo cambiar su PCP” para obtener información sobre cómo cambiar su PCP).

Cuando tome la decisión sobre un PCP, es posible que quiera encontrar un PCP que:

- Usted haya visitado antes.
- Conozca sus necesidades médicas.
- Tiene el mismo origen cultural, étnico o racial que usted.
- Esté aceptando nuevos pacientes.
- Pueda atenderlo en su propio idioma.
- Sea de fácil acceso.

Cada miembro de la familia afiliado en Humana Healthy Horizons in Oklahoma puede tener un PCP diferente, o usted puede elegir un PCP para que atienda a toda la familia. Un pediatra trata a los niños desde el momento del nacimiento hasta los 18 años. Los médicos de medicina familiar atienden a toda la familia. Los médicos de medicina interna tratan a los adultos de 19 años de edad en adelante. Llame a Servicios para afiliados al número gratuito **855-223-9868 TTY: 711**, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro, para recibir ayuda para elegir un PCP adecuado para usted y su familia.

En nuestro directorio de proveedores puede encontrar la lista de todos los médicos, clínicas, hospitales, laboratorios y otras personas que se asocian con SoonerSelect. Puede visitar nuestro sitio web es-www.humana.com/

OklahomaDirectories para ver el directorio de proveedores en línea u obtener una copia impresa del directorio de proveedores.

Las mujeres pueden elegir un obstetra/ginecólogo para que actúe como su PCP, pero no están obligadas. Las mujeres no necesitan un referido del PCP para visitar a un obstetra/ginecólogo u otro proveedor de la red que ofrezca servicios de cuidado de la salud para mujeres. Las mujeres pueden realizarse exámenes médicos rutinarios, cuidado de seguimiento si es necesario y cuidado regular durante el embarazo.

Si tiene una afección médica compleja o una necesidad de cuidado de la salud especial, es posible que pueda elegir a un especialista para que actúe como su PCP. Si necesita ayuda para elegir a su PCP, llame a Servicios para afiliados al número gratuito **855-223-9868 TTY: 711**, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro.

Si su proveedor abandona Humana, le informaremos en un plazo de 30 días calendario a partir de que tengamos conocimiento de esta situación. Si el proveedor que abandona Humana Healthy Horizons in Oklahoma es su PCP, nos comunicaremos con usted para ayudarle a elegir otro. Si un proveedor que lo está atendiendo ya no forma parte de la red, le enviaremos una carta informándole de ello. La carta que le enviaremos incluirá detalles sobre la continuidad de cuidados. Si desea encontrar un nuevo proveedor, puede visitar es-www.humana.com/findadoctor o llamar a Servicios para Afiliados al número gratuito **855-223-9868 TTY: 711**, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro.

Si es un indio americano/nativo de Alaska, puede elegir un proveedor de cuidado de la salud indígena como su PCP, pero no está obligado a ello.

Tiene derecho a elegir entre los proveedores de nuestra red quién le brindará cuidado. Puede cambiar a otro proveedor dentro de la red de Humana en cualquier momento que desee.

Cómo cambiar Su PCP

Cuando se afilie en Humana, puede seleccionar un PCP de nuestra red durante los primeros 30 días después de que comience su afiliación a Humana Healthy Horizons in Oklahoma. Después de ese período, nosotros elegiremos uno por usted. Ya sea que elija un PCP para usted o que Humana Healthy Horizons in Oklahoma elija un PCP para usted, puede cambiar de PCP dentro del primer mes y ese cambio se retrotraerá a su fecha de entrada en vigencia de cobertura. Después de dicho período, puede cambiar de PCP en cualquier momento y el cambio entrará en vigor el primero del siguiente mes de la fecha de cambio. Usted no está obligado a justificar el cambio. Puede seleccionar o actualizar su PCP las 24 horas del día, los 7 días de la semana a través de su cuenta MyHumana en es-www.humana.com/HealthyOklahoma. Si necesita más ayuda o tiene preguntas, puede

llamar a la línea gratuita de Servicios para afiliados al **855-223-9868 TTY: 711**, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro.

Segundas opiniones

Tiene derecho a una segunda opinión sobre su tratamiento sin costo alguno para usted. Esto incluye procedimientos quirúrgicos y el tratamiento de enfermedades complicadas o afecciones crónicas. Esto significa conversar con un médico diferente sobre un problema para conocer su punto de vista. Esto puede ayudarle a decidir si determinados servicios o tratamientos son adecuados para usted. Informe a su PCP si desea obtener una segunda opinión. Puede elegir cualquier médico tanto dentro como fuera de nuestra red para tener una segunda opinión. Si no puede encontrar un médico en nuestra red, le ayudaremos a hacerlo. Si necesita ver a un médico que no está en la red de Humana para obtener una segunda opinión, debe obtener nuestra aprobación previa.

- Si desea una segunda opinión sobre alguna prueba, esta debe ser administrada por un médico de nuestra red. Las pruebas solicitadas por el médico que le ofrece una segunda opinión deben tener la aprobación previa de Humana. Su PCP analizará la segunda opinión y le ayudará a decidir el mejor tratamiento.

Cómo obtener cuidado de la salud habitual

Cuidado de la salud regular se refiere a análisis, exámenes médicos regulares, vacunas u otros tratamientos para mantenerlo sano, darle consejos cuando lo necesite y referidos al hospital o a especialistas cuando sea necesario. Significa que usted y su PCP trabajan juntos para mantenerlo sano o para asegurarse de que reciba el cuidado que necesita.

De día o de noche, su PCP está a solo una llamada de distancia. Asegúrese de llamar a su PCP si tiene una pregunta o inquietud médica. Si llama fuera del horario de atención o los fines de semana, deje un mensaje e información de cómo podemos comunicarnos con usted. Su PCP lo llamará lo más rápido posible. Recuerde que su PCP lo conoce y sabe cómo funciona su plan de salud.

Su PCP se encargará de la mayoría de sus necesidades de cuidado de la salud, pero usted debe tener una cita para visitar a su PCP. Si no puede acudir a una cita, es importante que llame para informar a su PCP en cuanto tenga conocimiento de que no podrá ir.

Cómo hacer su primera cita habitual para el cuidado de la salud. Tan pronto como elija o le asignen un PCP, llame para hacer una primera cita. Hay varias cosas que puede hacer para ayudar a su PCP a conocerlo a usted y sus necesidades de cuidado de la salud. Su PCP necesitará saber lo máximo posible sobre sus antecedentes médicos. Haga una lista de sus antecedentes

médicos, los problemas que tenga ahora y las preguntas que quiera hacer a su PCP. Traiga los medicamentos y suplementos que esté tomando cuando acuda a la consulta. En la mayoría de los casos, su primera consulta será en los tres (3) meses siguientes a su inscripción en Humana Healthy Horizons in Oklahoma.

Si necesita cuidado médico antes de su primera cita, llame al consultorio de su PCP para explicarle su inquietud. Su PCP programará una cita más pronto. Aún debe mantener la primera cita para hablar sobre sus antecedentes médicos y hacer preguntas.

Si necesita ayuda antes de que elija o le asignen un PCP, llame a Servicios para afiliados al número gratuito **855-223-9868 TTY: 711**, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro para obtener ayuda.

Es importante para Humana que usted pueda consultar a un médico dentro de un plazo razonable, según para qué sea la cita. Cuando llame para una cita, utilice la guía de citas a continuación para saber cuánto tiempo puede tener que esperar para que lo atiendan.

GUÍA DE CITAS	
SI LLAMA PARA ESTE TIPO DE SERVICIO:	**SU CITA DEBE OCURRIR:**
PCP (servicios como exámenes médicos rutinarios de salud o vacunas)	En treinta (30) días contados a partir de la fecha de solicitud de una cita de rutina. En setenta y dos (72) horas para consultas no urgentes por enfermedad. En veinticuatro (24) horas para cuidado de urgencia.
Obstetra/ginecólogo	En treinta (30) días contados a partir de la fecha de solicitud de una cita de rutina. Cuidado de maternidad: Primer trimestre: en el plazo de catorce (14) días calendario. Segundo trimestre: en el plazo de siete (7) días calendario. Tercer trimestre: en el plazo de tres (3) días hábiles.

GUÍA DE CITAS	
SI LLAMA PARA ESTE TIPO DE SERVICIO:	**SU CITA DEBE OCURRIR:**
Medicamentos de especialidad	En sesenta (60) días contados a partir de la fecha de solicitud de una cita de rutina. En veinticuatro (24) horas para cuidado de urgencia.
Salud mental	
Salud mental de adultos y niños	En treinta (30) días contados a partir de la fecha de solicitud de una cita de rutina. En los siete (7) días siguientes de la hospitalización o cuidado residencial. En veinticuatro (24) horas para cuidado de urgencia. Para emergencias de salud mental, llame a Oklahoma Mental Health Lifeline (Línea directa de apoyo para la salud mental de Oklahoma) al 988.
Trastornos por consumo de sustancias	
Farmacodependencia en adultos y niños	En treinta (30) días contados a partir de la fecha de solicitud de una cita de rutina. En los siete (7) días siguientes de la hospitalización o cuidado residencial. En veinticuatro (24) horas para cuidado de urgencia. Para emergencias por farmacodependencia, llame a Oklahoma Mental Health Lifeline (Línea directa de apoyo para la salud mental de Oklahoma) al 988.

Si tiene problemas para recibir el cuidado que necesita dentro de los límites de tiempo descritos anteriormente, llame a Servicios para afiliados al número gratuito **855-223-9868 TTY: 711**, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro.

Telesalud

Como afiliado de Humana Healthy Horizons in Oklahoma, usted puede reunirse con su médico por audio o video si le ofrecen este tipo de servicio. Muchos médicos ofrecen consultas por audio o video si se siente bien o enfermo. Esto se llama telesalud. Durante una consulta médica por audio o video, usted puede hacer lo siguiente:

- Hablar sobre sus inquietudes de salud.
- Hablar sobre sus medicamentos.
- ¡Y mucho más!

Si su médico no ofrece consultas por audio o video, podemos ayudarle a encontrar un médico que sí las ofrezca llamando al número gratuito **855-223-9868 TTY: 711**.

Proveedores fuera de la red

Un proveedor participante es un médico u otro proveedor contratado o empleado por Humana Healthy Horizons in Oklahoma para ofrecer servicios en virtud del programa SoonerSelect. Un proveedor no participante es un médico u otro proveedor que no tiene contrato ni es empleado de Humana Healthy Horizons in Oklahoma para ofrecer servicios en virtud del programa SoonerSelect. Si no tenemos un especialista en nuestra red de proveedores que pueda brindarle el cuidado médico que necesita, obtendremos el cuidado médico que necesita de un especialista fuera de nuestro plan o de un proveedor fuera de la red. Para obtener ayuda e información adicional sobre cómo obtener servicios de un proveedor fuera de la red, hable con su PCP o llame a Servicios para afiliados al número gratuito **855-223-9868 TTY: 711**, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro.

*Tenga en cuenta: Necesitará un referido para recibir cuidado de un especialista fuera de la red. Llame a Servicios para afiliados al número gratuito **855-223-9868 TTY: 711**, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro.

Puede recibir servicios de planificación familiar (anticoncepción) de un médico que no sea de Humana. Usted no está obligado a obtener un referido de su PCP, pero debe consultar con un proveedor de Medicaid in Oklahoma. Si es AI/AN, puede recibir servicios de un IHCP, incluso si el IHCP está fuera de la red.

Obtenga estos servicios sin un referido

No necesita un referido para obtener estos servicios:

- Cuidado primario

- Servicios para la salud del comportamiento
- Tratamiento por trastornos de farmacodependencia
- Servicios para la vista
- Servicios en casos de emergencia
- Exámenes de bienestar infantil/EPSDT
- Servicios y suministros de planificación familiar
- Cuidado prenatal
- Departamento de proveedores de cuidado de la salud, incluidas clínicas móviles
- Servicios ofrecidos por IHCP a afiliados de un plan de salud para AI/AN
- Especialistas dentro de la red

Emergencias

Si considera que tiene una emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Si considera que tiene una emergencia para la salud del comportamiento, incluidas emergencias de salud mental y farmacodependencia, llame a Lifeline, la Línea de ayuda para salud mental de Oklahoma, al 988.

No necesita la aprobación de su plan ni de su PCP antes de recibir cuidado médico en casos de emergencia y no está obligado a utilizar nuestros hospitales o médicos.

Si no está seguro, llame a su PCP en cualquier momento, de día o de noche. Indique a la persona que responde lo que está sucediendo. El equipo de su PCP podrá hacer lo siguiente:

- Decirle qué hacer en casa.
- Decirle que vaya al consultorio del PCP.
- O indicarle que vaya al centro de cuidado de urgencia o a la sala de emergencias más cercana.

Si se encuentra fuera del área cuando tiene una emergencia, diríjase a la sala de emergencias más cercana.

Recuerde: Utilice la sala de emergencias solo si tiene una emergencia. Si tiene preguntas, llame a su PCP o a Servicios para afiliados de Humana al número gratuito **855-223-9868 TTY: 711**, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro.

Siempre tiene cobertura para emergencias. Una afección médica de emergencia es una situación que podría poner en peligro su vida o en la que usted podría sufrir un daño permanente si no recibe cuidado de inmediato. Estos son algunos ejemplos de una emergencia:

- Un paro cardíaco o dolor intenso en el pecho.
- Sangrado que no cesa.
- Una quemadura grande.
- Huesos fracturados.
- Problemas para respirar, convulsiones o pérdida del conocimiento.
- Cuando siente que puede lastimarse a sí mismo o lastimar a otros.
- Si está embarazada y tiene signos como dolor, sangrado, fiebre o vómitos.
- Sobredosis de medicamentos.

Algunos ejemplos de no emergencias son resfriados, malestar estomacal o cortes o golpes pequeños. Una situación que no es de emergencia también puede ser rotura o dificultades familiares. Estos quizás se sientan como una emergencia, pero no son motivo para acudir a la sala de emergencias, salvo que esté en peligro inmediato de sufrir daños.

Cuidado de urgencia

Es posible que tenga una lesión o enfermedad que no sea una emergencia, pero que igualmente necesite cuidado y atención inmediatos. Esto podría incluir uno de los siguientes:

- Un niño con un dolor de oídos que se despierta en la mitad de la noche y no para de llorar.
- Síntomas de influenza.
- Si necesita que le suturen una herida.
- Un esguince de tobillo.
- Una férula que no pueda quitarse.

Puede ir a una clínica de cuidado de urgencia para recibir cuidado ese mismo día o programar una cita para el día siguiente. Ya sea que esté en su casa o fuera, llame a su PCP en cualquier momento, de día o de noche. Si no puede comunicarse con su PCP, llame a Servicios para afiliados al número gratuito **855-223-9868 TTY: 711**, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro. Infórmele a la persona que responde lo que está sucediendo. Ellos le indicarán lo que debe hacer.

Cuidados fuera de Oklahoma

En algunos casos, Humana puede pagar los servicios de cuidado de la salud que reciba de un proveedor ubicado fuera de la frontera de Oklahoma o en otro estado. Su PCP y Humana pueden darle más información sobre qué proveedores y servicios están cubiertos fuera de Oklahoma por su plan de salud y cómo puede recibirlos si los necesita. Si necesita cuidado médico en casos de emergencia necesario por razones médicas mientras viaja a cualquier lugar dentro de los Estados Unidos y sus territorios, SoonerSelect pagará su cuidado.

Su plan de salud no pagará el cuidado recibido fuera de Estados Unidos y de sus territorios.

Si tiene preguntas sobre cómo recibir cuidado médico fuera de Oklahoma o los Estados Unidos, hable con su PCP o llame a Servicios para afiliados al número gratuito **855-223-9868 TTY: 711**, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro.

PARTE II: Sus beneficios

El resto de este manual es para su información cuando lo necesite. Enumera los servicios con cobertura y sin cobertura. Si tiene problemas con su plan de salud, el manual le indica lo que debe hacer. El manual tiene otra información que quizás le resulte útil. Manténgalo a la mano para cuando lo necesite.

Cómo sabe si es un adulto con expansión o sin expansión

Los adultos sin expansión son personas que califican para el programa de Medicaid de Oklahoma y cumplen los requisitos de elegibilidad, tales como aquellos que califican para Medicare, mujeres embarazadas o cuidadores de escasos recursos de dependientes menores de 19 años de edad que cumplan los requisitos de ingresos que aparecen en https://oklahoma.gov/ohca/individuals/mysoonercare/apply-for-soonercare-online/eligibility/income-guidelines.html.

Los adultos con expansión son personas que reúnen los requisitos de ingresos, tienen de 19 a 64 años de edad y se determina que son elegibles para Medicaid, pero no reúnen los requisitos de personas de edad avanzada, ciegas o discapacitadas, con cáncer de mama o del cuello uterino, o Medicare. Ingresos elegibles se refiere a alguien que gana el equivalente o menos del 138% del nivel federal de pobreza. Consulte las pautas sobre ingresos en https://oklahoma.gov/ohca/individuals/mysoonercare/apply-for-soonercare-online/eligibility/income-guidelines.html.

Beneficios

SoonerSelect ofrece beneficios o servicios de cuidado de la salud cubiertos por su plan.

Humana proporcionará u organizará la mayoría de los servicios de salud que usted necesite. Sus beneficios de salud pueden ayudarle a mantenerse lo más saludable posible si:

- Está embarazada.
- Está enfermo o lesionado.
- Experimenta un trastorno por farmacodependencia o tiene otras necesidades de salud del comportamiento.
- Necesita ayuda para llegar hasta el consultorio médico.
- Necesita medicamentos.

La sección a continuación describe los servicios específicos que cubre Humana. Pregunte a su PCP o llame a Servicios para afiliados al número gratuito **855-223-9868 TTY: 711**, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro si tiene preguntas sobre sus beneficios.

Puede recibir algunos servicios sin necesidad de aprobación de su PCP. Estos incluyen cuidado primario, cuidado médico en casos de emergencia, servicios para la salud de la mujer, servicios de planificación familiar, servicios de pruebas de detección para niños, servicios ofrecidos en los departamentos de salud locales, servicios en la escuela y algunos servicios para la salud del comportamiento.

Servicios dentales

Recibirá todos los beneficios dentales de SoonerSelect de un plan dental separado que usted elija. Sus opciones son DentalQuest en el número gratuito **833-479-0687** y LIBERTY Dental en el número gratuito **888-700-1093**. Humana proporcionará transporte para sus citas dentales. Para obtener más detalles sobre transporte, consulte la sección de Transporte en este manual.

Servicios cubiertos por la red de Humana

En la mayoría de las situaciones, debe recibir los servicios a continuación de proveedores que pertenezcan a la red de Humana. Los servicios deben ser necesarios por razones médicas y ofrecidos, coordinados o referidos por su PCP. Hable con su PCP o llame a Servicios para afiliados al número gratuito **855-223-9868 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora central, si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con cualquier servicio médico.

Como un beneficio de valor añadido para aquellos que se inscriban en Humana, todos los afiliados están exentos de copagos por servicios para la salud del comportamiento y servicios médicos. Es posible que todavía apliquen copagos de farmacia para los afiliados de 21 años de edad en adelante. Los afiliados menores de 21 años están siempre exentos de copagos.

Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin expansión (21 años o más)	Adultos con expansión (21 años o más)
Profesional de enfermería registrado de práctica avanzada (APRN, por sus siglas en inglés)	Cubierto	Cubierto	Cubierto

Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin expansión (21 años o más)	Adultos con expansión (21 años o más)
Pruebas de alergia	Cubierto	Cubierto Limitado a 60 pruebas cada 3 años	Cubierto Limitado a 60 pruebas cada 3 años Se puede superar el límite según necesidad médica
Tratamiento alternativo para controlar el dolor	Cubierto	Fisioterapia cuando se proporcione en un entorno no hospitalario: a. La evaluación inicial está cubierta sin autorización previa (PA) b. 12 horas por año requiere PA Servicios quiroprácticos: a. La evaluación inicial está cubierta sin PA b. 12 consultas por año requiere PA	
Transporte de emergencia o en ambulancia	Cubierto		
Centro de cirugía ambulatoria	Cubierto		
Cirugía bariátrica	Con cobertura, después de satisfacer la evaluación prequirúrgica y los requisitos de pérdida de peso Requiere PA	Con cobertura, después de satisfacer la evaluación prequirúrgica y los requisitos de pérdida de peso Sin cobertura si es solo para el tratamiento de la obesidad Requiere PA	

Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin expansión (21 años o más)	Adultos con expansión (21 años o más)
Anestesista profesional de enfermería registrado/a y certificado/a y ayudantes de anestesista	Cubierto		
Quimioterapia	Cubierto		
Servicios clínicos	Cubierto Es posible que algunos servicios requieran PA		
Instrucción sobre diabetes	Con cobertura, 10 horas durante el primer año, 2 horas los años siguientes Los límites se pueden superar según necesidad médica y en virtud del programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT)	Con cobertura, 10 horas durante el primer año, 2 horas los años siguientes	Con cobertura, 10 horas durante el primer año, 2 horas los años siguientes Se pueden superar los límites según necesidad médica
Centros de pruebas diagnósticas	Cubierto Es posible que algunos servicios requieran PA		
Leche materna humana de donante	Con cobertura durante el primer año de vida Requiere PA	Sin cobertura	
Aparatos y suministros de equipo médico duradero	Cubierto Requiere la receta de un proveedor médico Es posible que algunos servicios requieran PA		

Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin expansión (21 años o más)	Adultos con expansión (21 años o más)
Los servicios del programa EPSDT y de intervención temprana, incluidos historial de vacunación e historial médico; exámenes físicos, diversas evaluaciones médicas y asesoramiento; pruebas de detección y de laboratorio; cuidado de seguimiento necesario; y servicios de análisis del comportamiento aplicado (ABA, por sus siglas en inglés)	Cubierto Es posible que algunos servicios requieran PA	Sin cobertura	
Departamento/sala de emergencias	Cubierto		
Cuidado de los ojos para tratar una afección médica o quirúrgica	Cubierto		
Servicios de planificación familiar	Cubierto		
Servicios clínicos de salud en zonas rurales y Centro de Salud Acreditado por el Gobierno Federal	Cubierto		

Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin expansión (21 años o más)	Adultos con expansión (21 años o más)
Pruebas y asesoramiento genéticos	Con cobertura para las afiliadas embarazadas y los afiliados que cumplan los criterios de necesidad médica Es posible que requiera PA		
Servicios para la audición	Cubierto Es posible que requiera PA	Cubierto Como beneficio de valor añadido, los afiliados de 21 años de edad en adelante pueden recibir lo siguiente: • 1 evaluación para audífonos cada 3 años • 1 audífono por oído y tarifa de despacho cada 3 años • 2 consultas para ajuste y revisión de audífonos cada 3 años • 48 baterías por audífono y año	
Servicios de cuidado de salud en el hogar	Cubierto		
Hospicio (fuera de un hospital)	Con cobertura para los afiliados que tengan una esperanza de vida de 6 meses o menos	Con cobertura para los afiliados que tengan una esperanza de vida de 6 meses o menos	Con cobertura para los afiliados que tengan una esperanza de vida de 6 meses o menos
Vacunas	Cubierto		
Terapia de infusión	Cubierto	Con cobertura cuando sea necesario por razones médicas y no se considere una parte compensable del procedimiento	

Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin expansión (21 años o más)	Adultos con expansión (21 años o más)
Servicios hospitalarios para pacientes internados	Cubierto	Con cobertura: a. Servicios hospitalarios para pacientes internados (estancia hospitalaria): sin límite b. Servicios de médicos para pacientes internados: cubiertos c. Servicios quirúrgicos para pacientes internados: sin límite d. Servicios hospitalarios de rehabilitación para pacientes internados: 90 días por individuo y año fiscal estatal (SFY, por sus siglas en inglés)	Con cobertura: a. Servicios hospitalarios para pacientes internados (estancia hospitalaria): sin límite b. Servicios de médicos para pacientes internados: cubiertos c. Servicios quirúrgicos para pacientes internados: sin límite d. Servicios hospitalarios de rehabilitación para pacientes internados: 90 días por individuo y SFY Se pueden superar los límites de cantidades según necesidad médica

Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin expansión (21 años o más)	Adultos con expansión (21 años o más)
Pruebas de laboratorio, radiografías, estudios de imágenes para diagnóstico y estudios de imágenes (CT/PET y MRI)	Cubierto Es posible que algunos servicios requieran PA		
Consultora de lactancia (ayuda con la lactancia materna)	Con cobertura para las afiliadas embarazadas y después del parto		
Alojamiento y comidas para el afiliado del plan de salud o un acompañante médico aprobado	Cubierto Los servicios requieren una PA		
Hospital infantil para cuidados a largo plazo	Cubierto	Sin cobertura	
Mamografías	Cubierto		
Servicios para madres y bebés de un trabajador social clínico certificado	Con cobertura para las afiliadas embarazadas y después del parto		

Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin expansión (21 años o más)	Adultos con expansión (21 años o más)
Transporte médico que no es de emergencia (NEMT, por sus siglas en inglés)	Cubierto Como beneficio de valor añadido: Todos los afiliados pueden recibir un viaje de ida y vuelta dentro del estado (2 viajes de ida o vuelta dentro del estado) por día para que el padre/la madre y/o el tutor legal visite a su hijo durante su estancia en un hospital para pacientes hospitalizados o unidad de cuidados intensivos para neonatos (NICU, por sus siglas en inglés). A los afiliados que usen el transporte médico que no es de emergencia quizás se les puede permitir traer hasta 3 niños cuando no tengan quién se los cuide. • La cantidad total de pasajeros, incluido el chofer, no puede superar las 5 personas • Cada uno de los niños debe tener menos de 13 años • Cada uno de los niños debe ser hijo adoptado, de acogida o estar tutelado por el afiliado por nacimiento, matrimonio o adopción legal • Cada uno de los niños debe tener su propio asiento de seguridad infantil para automóvil proporcionado por el afiliado si así lo requieren las leyes del estado de OK		
Enfermeras obstétricas	Con cobertura en virtud del programa EPSDT	Cubierto	
Centro de Enfermería y Centros de Cuidados Intermedios para Personas con Discapacidades Intelectuales (ICF-IID, por sus siglas en inglés)	Con cobertura durante un período de hasta 60 días sujeto a la determinación del nivel de cuidados		

Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin expansión (21 años o más)	Adultos con expansión (21 años o más)
Servicios de nutrición (dietista)	Cubierto	Con cobertura hasta 6 horas por año Los servicios nutricionales para el tratamiento de la obesidad no están cubiertos. Los servicios deben ser para el diagnóstico, tratamiento o prevención o minimización de los efectos de la enfermedad.	Con cobertura hasta 6 horas por año Los servicios nutricionales para el tratamiento de la obesidad no están cubiertos. Los servicios deben ser para el diagnóstico, tratamiento o prevención o minimización de los efectos de la enfermedad. Se pueden superar los límites según necesidad médica.
Servicios de trasplante de órganos	Con cobertura con PA Los trasplantes de córnea y riñón no necesitan una PA.		
Ortesis	Cubierto	Sin cobertura	Con cobertura sin limitaciones cuando sea necesario por razones médicas
Servicios quirúrgicos y hospitalarios ambulatorios	Cubierto		
Cuidador familiar remunerado (PFC, por sus siglas en inglés)	Cubierto para niños de 0 a 20 años Límite: 40 horas por semana	Sin cobertura	Sin cobertura

Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin expansión (21 años o más)	Adultos con expansión (21 años o más)
Nutrición parenteral o enteral (intravenosa y por sonda nasogástrica)	Cubierto Es posible que algunos servicios requieran PA		
Cuidado personal	Cubierto		
Servicios de médicos y ayudantes médicos	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Podología	Cubierto		
Servicios de cuidado posterior a la estabilización	Cubierto		
Servicios por embarazo y maternidad, incluidos cuidados prenatales, parto y posparto	Cubierto		

Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin expansión (21 años o más)	Adultos con expansión (21 años o más)
Medicamentos recetados	Cubierto	Con cobertura: Como beneficio de valor añadido, el límite mensual para prescripciones se exonera para los afiliados de 21 años de edad en adelante. Todas las recetas están sujetas a los requisitos estatales y federales de Revisión del Uso de Medicamentos, modificaciones de seguridad, límites sobre cantidades y PA. Límites de cantidad: un límite en la cantidad de medicamentos que puede obtener a la vez, por receta (es decir, 30 tabletas cada 30 días). No hay límite en la cantidad total de recetas que puede tener, aunque aún se aplica el límite estatal de dos recetas de marca por mes. Es posible que se apruebe una receta de tercera marca si se determina que es necesaria por razones médicas.	
Cuidado preventivo y pruebas de detección	Consulte la cobertura de EPSDT	Con cobertura para servicios hospitalarios ambulatorios, otros servicios de laboratorio y radiográficos, diagnóstico y tratamiento de afecciones encontradas, servicios clínicos, servicios de detección y servicios de rehabilitación. No hay un paquete de beneficios de servicios preventivos independiente para adultos que ofrezca cobertura para todos los servicios.	

Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin expansión (21 años o más)	Adultos con expansión (21 años o más)
Servicios de enfermería privada	Con cobertura hasta 16 horas por día. Disponibilidad de más horas durante 30 días después de una hospitalización o cuando el cuidador habitual no esté disponible.	Sin cobertura	Este servicio es sustituido por servicios de enfermería especializada en virtud del beneficio de servicios para el cuidado de la salud en el hogar.
Dispositivos protésicos	Con cobertura con autorización previa	Solo las prótesis mamarias y los dispositivos protésicos y accesorios de apoyo están cubiertos cuando formen parte de una cirugía. Cobertura limitada con PA requerida	Con cobertura sin limitaciones cuando sea necesario por razones médicas
Servicios clínicos de salud pública	Cubierto	Con cobertura: 4 consultas por mes.	Con cobertura: 4 consultas por mes. Se puede superar el límite según necesidad médica
Radioterapia	Cubierto		
Cirugía reconstructiva	Cubierto Es posible que requiera PA	Cubierto La reconstrucción/implante/extirpación mamaria no estética está cubierta solo cuando sea consecuencia directa de una mastectomía necesaria por razones médicas. Es posible que requiera PA	

Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin expansión (21 años o más)	Adultos con expansión (21 años o más)
Servicios en centros de diálisis renal	Cubierto		
Costo habitual de pacientes en ensayos clínicos que califiquen	Con cobertura en la medida en que la prestación del servicio estaría cubierta de otro modo fuera de la participación en el ensayo clínico.		
Servicios relacionados con la salud escolar	Cubierto	Sin cobertura	
Telesalud	Cubierto		
Servicios de terapia: fisioterapia (PT, por sus siglas en inglés), terapia ocupacional (OT, por sus siglas en inglés) y terapia del habla (ST, por sus siglas en inglés)	OT y PT: a. La evaluación inicial está cubierta sin PA b. El tratamiento requiere una PA ST: a. La evaluación y el tratamiento requieren PA	Servicios de rehabilitación: a. 15 consultas por año para cada OT, PT y ST (total cumulativo: 45 consultas)	Servicios de habilitación: a. 15 consultas por año para cada OT, PT y ST (total cumulativo: 45 consultas) Servicios de Rehabilitación: a. 15 consultas por año para cada OT, PT y ST (total cumulativo: 45 consultas)
Servicios para dejar de fumar	Están cubiertos los productos para terapia de reemplazo de nicotina (NRT, por sus siglas en inglés) (incluidos parches, goma de mascar, pastillas, inhaladores y spray nasal) y Zyban®/bupropión para incluir la terapia combinada de estos productos. Chantix®/vareniclina están cubiertos durante un período de hasta 180 días por 12 meses. Los productos para dejar de fumar están cubiertos sin límite de tiempo, PA ni copago. 8 sesiones de asesoramiento para dejar de fumar por año.		

Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin expansión (21 años o más)	Adultos con expansión (21 años o más)
Centros de cuidado de urgencia	Cubierto	Hasta 4 consultas ambulatorias por mes	Hasta 4 consultas ambulatorias por mes Se puede superar el límite según necesidad médica
Servicios para la vista	Con cobertura en virtud del programa EPSDT, con un límite de 2 monturas para anteojos por año	Cubierto Como beneficio de valor añadido, los afiliados de 21 años de edad en adelante reciben un examen ocular anual. Además, los afiliados pueden elegir una de las siguientes opciones cada 2 años: • Los anteojos incluyen lentes de policarbonato que no sean de índice alto y un subsidio de $100 para la montura de los anteojos; o • Subsidio de $100 para el costo de lentes de contacto. Los afiliados son responsables de cualquier costo superior al subsidio.	

Farmacia

Hable con su farmacéutico o llame a Servicios para Afiliados al número gratuito **855-223-9868 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora central si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con sus servicios de farmacia. Para consultar las políticas de cobertura de farmacia actuales, visite políticas de cobertura de farmacia de Humana.

En Cobertura de medicamentos recetados | Humana Healthy Horizons in Oklahoma, los afiliados pueden acceder a documentos como la Lista de medicamentos preferidos (PDL, por sus siglas en inglés), la Lista de medicamentos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés), los Criterios de Autorización Previa (PA) y la Lista de medicamentos preferidos de suministros para diabéticos, entre otra información importante sobre su beneficio de farmacia. Puede consultar su beneficio de farmacia. También puede verificar rápidamente la cobertura de medicamentos y encontrar una farmacia cerca de usted que acepte su beneficio.

Copago

Los medicamentos recetados están sujetos a un copago de cuatro dólares ($4), si corresponde.

Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin expansión (21 años o más)	Adultos con expansión (21 años o más)
Medicamentos recetados	Cubierto	Cubierto Como beneficio de valor añadido, el límite mensual para prescripciones se exonera para los afiliados de 21 años de edad en adelante. Todas las recetas están sujetas a los requisitos estatales y federales de Revisión del Uso de Medicamentos, modificaciones de seguridad, límites sobre cantidades y PA.	
Tratamiento asistido con medicamentos (MAT, por sus siglas en inglés)	Cubierto Incluye: • Comprimidos sublinguales de naloxona/buprenorfina genéricos • Vivitrol • Metadona		
Productos para dejar de fumar (para ayudar a dejar el tabaco)	Están cubiertos los productos para la NRT (incluidos parches, goma de mascar, pastillas, inhaladores y spray nasal) y Zyban®/Bupropión para incluir la terapia combinada de estos productos. Chantix®/Vareniclina están cubiertos durante un período de hasta 180 días por 12 meses. Los productos para dejar de fumar están cubiertos sin límite de tiempo, PA ni copago.		
Suministros para diabéticos (insulina, jeringas, tiras reactivas, lancetas y agujas para pluma)	Cubierto		
Suministros de planificación familiar	Cubierto		

Servicios para la salud del comportamiento y salud mental y servicios por farmacodependencia

El cuidado de la salud del comportamiento incluye servicios de tratamiento y rehabilitación para trastornos de salud mental (su bienestar emocional psicológico y social) y por farmacodependencia (alcohol y drogas). Todos los afiliados tienen acceso a servicios para ayudar con dificultades de salud mental, como depresión o ansiedad, o para ayudar con trastornos por consumo de alcohol u otras sustancias. Estos servicios pueden incluir lo siguiente:

- Tratamiento asistido con medicamentos (MAT, por sus siglas en inglés).
- Tratamiento para dejar de fumar (para ayudar a dejar el tabaco).
- Servicios en caso de crisis de la salud del comportamiento.

Si cree que necesita acceso a servicios para la salud del comportamiento más intensivos que su plan no proporciona, hable con su PCP o llame a Servicios para afiliados al número gratuito **855-223-9868 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora central.

Como un beneficio de valor añadido para aquellos que se inscriban en Humana, todos los afiliados están exentos de copagos por servicios para la salud del comportamiento y servicios médicos. Es posible que todavía apliquen copagos de farmacia para los afiliados de 21 años de edad en adelante. Los afiliados menores de 21 años están siempre exentos de copagos.

Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin expansión (21 años o más)	Adultos con expansión (21 años o más)
Análisis del comportamiento aplicado	Cubierto Requiere PA	Sin cobertura	
Servicios en Centros Comunitarios Certificados para la Salud del Comportamiento (CCBHC, por sus siglas en inglés)	Cubierto		

Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin expansión (21 años o más)	Adultos con expansión (21 años o más)
Servicios de tratamiento diurno	Con cobertura para un mínimo de 3 horas al día durante 4 días a la semana Requiere PA	Sin cobertura	
Hospital para pacientes hospitalizados - psiquiátrico independiente	Cubierto Requiere PA	De 21 a 64 años: • Con cobertura para un máximo de 60 días por episodio. Requiere PA. De 65 años en adelante: • Con cobertura para un máximo de 60 días por episodio. Requiere PA.	
Hospital para pacientes hospitalizados - general (agudo)	Cubierto Requiere PA		
Proveedor autorizado para salud del comportamiento (que puede facturar de manera independiente)	Cubierto	Sin cobertura	
MAT	Cubierto Incluye: • Comprimidos sublinguales de naloxona/buprenorfina genéricos • Vivitrol • Metadona		
Programa de tratamiento con opioides	Cubierto Requiere PA		
Servicios ambulatorios de agencias para la salud del comportamiento	Cubierto		

Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin expansión (21 años o más)	Adultos con expansión (21 años o más)
Hospitalización parcial	Con cobertura para un mínimo de 3 horas al día durante 5 días a la semana Requiere PA		
Servicios de apoyo para recuperación	Con cobertura para afiliados de 16 a 21 años de edad	Cubierto	
Programa para Servicios de Tratamiento Asertivo Comunitario (PACT, por sus siglas en inglés)	Con cobertura para afiliados de 18 a 21 años de edad	Cubierto	
Instalación de tratamiento residencial psiquiátrico	Cubierto Requiere PA	Sin cobertura	
Psiquiatra	Cubierto		
Psicólogo (que puede facturar de manera independiente)	Cubierto, Pruebas Psicológicas Requiere PA		
Transporte Seguro para la Salud del Comportamiento	Cubierto Los servicios cubren a niños, adultos sin expansión y adultos con expansión: Se puede proporcionar transporte seguro para la salud del comportamiento cuando sea necesario por razones médicas en los siguientes casos: • Transporte a un centro médico, incluidos, entre otros, hospitales y otros centros de salud mental; • Transportes de un centro a otro; y • Transporte de un afiliado que solicita la admisión voluntaria a un centro.		
Tratamiento por farmacodependencia (ambulatorio, con hospitalización y residencial)	Tratamiento ambulatorio por farmacodependencia: Tratamiento residencial cubierto por abuso de sustancias: Cubierto, requiere PA		

Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin expansión (21 años o más)	Adultos con expansión (21 años o más)
Administración de casos clínicos particulares	Con cobertura para poblaciones específicas		
Servicios terapéuticos del comportamiento, apoyo familiar y capacitación	Con cobertura para niños con Alteraciones Emocionales Graves en un sistema de equipo envolvente de cuidados	Sin cobertura	
Cuidado terapéutico de acogida	Cubierto Requiere PA	Sin cobertura	

Otros servicios cubiertos

- Servicios de cuidados posteriores a la estabilización (siempre después de una afección médica de emergencia para mantenerlo seguro).
- Servicios relacionados con la salud escolar
- Servicios clínicos de salud pública
- Servicios de un Centro de Salud Acreditado por el Gobierno Federal (FQHC, por sus siglas en inglés)
- Servicios proporcionados en su departamento de salud local
- Beneficios de valor añadido

Beneficios adicionales de valor añadido		
Nombre del beneficio	**Edad**	**Descripción**
Sacaleches	Todos	Las afiliadas pueden recibir 1 sacaleches de grado no hospitalario cada 2 años, o 1 alquiler de un sacaleches hospitalario si su bebé está internado en una NICU.

Beneficios adicionales de valor añadido		
Nombre del beneficio	**Edad**	**Descripción**
Asiento convertible de seguridad infantil para automóvil o cuna portátil	Todos	Las afiliadas embarazadas que se afilien y participen activamente en nuestro Programa de Coordinación del Cuidado de la Salud HumanaBeginnings®, que realicen una evaluación integral y completa, y hagan al menos 1 llamada de seguimiento con un Coordinador de Cuidado de la Salud de HumanaBeginnings pueden seleccionar 1 asiento convertible de seguridad infantil para automóvil o una cuna portátil por bebé, por embarazo.
Comidas de preparación para desastres	Todos	1 caja de 14 comidas no perecederas dos veces al año, antes o después de un desastre natural. El afiliado no debe vivir en un centro residencial. El gobernador debe declarar el desastre para que el afiliado califique para las comidas.
Kit de preparación o alivio en caso de desastres	De 18 años de edad en adelante	1 kit de alivio en caso de desastres por año antes o después de un desastre natural El kit incluye: una mochila con barras de alimentos, agua de emergencia, paquete para higiene, kit de primeros auxilios, linterna, poncho impermeable, guía para desastres, silbato, cobija y mascarilla desechable
Caja de productos alimenticios saludables para la inseguridad alimentaria	De 18 años de edad en adelante	Hasta 4 cajas de frutas y verduras frescas nutritivas de temporada por año para afiliados que sufran inseguridad alimentaria Se requiere la aprobación del plan

Beneficios adicionales de valor añadido		
Nombre del beneficio	**Edad**	**Descripción**
Pruebas de Desarrollo de la Educación General (GED, por sus siglas en inglés)	De 16 años de edad en adelante	Asistencia para la preparación de las pruebas del GED, incluido un asesor bilingüe, acceso a material de orientación y estudio, y utilización ilimitada de pruebas de práctica. La asistencia para la preparación de exámenes, incluida la tutoría, se brinda virtualmente para permitir la máxima flexibilidad para los afiliados. También incluye una garantía de aprobación de la prueba para brindar a los afiliados múltiples intentos para aprobarla.
Servicios para la audición	De 21 años de edad en adelante	• 1 evaluación para audífonos cada 3 años • 1 audífono por oído y tarifa de despacho cada 3 años • 2 consultas para ajuste y revisión de audífonos cada 3 años 48 baterías por audífono y año
Intervenciones en el hogar para el asma	Todos	Los afiliados asmáticos de nuestros Programas de Manejo de Enfermedades y Coordinación de Cuidados de la Salud pueden recibir un subsidio de hasta $350 por año para ropa de cama libre de alérgenos, un purificador de aire o limpieza de alfombrado. Se requiere la aprobación del coordinador de cuidado de la salud

Beneficios adicionales de valor añadido		
Nombre del beneficio	**Edad**	**Descripción**
Asistencia para la vivienda	De 18 años de edad en adelante	Este beneficio le brinda hasta $350 por año para ayudar a pagar el alquiler atrasado del apartamento, el alquiler del lote del parque de casas rodantes o los pagos de la hipoteca. Este beneficio es para afiliados mayores de 18 años que podrían perder su vivienda. Hable con su coordinador de cuidado de la salud o con Servicios para afiliados de Humana para obtener más información. Se requiere la aprobación del plan. • El afiliado no debe vivir en un centro residencial o de enfermería especializada. • Los fondos no se pagarán directamente al afiliado. • Si la factura está a nombre del cónyuge, se puede presentar un certificado de matrimonio como prueba. Para afiliados de 18 años en adelante.
Medicina tradicional para nativos americanos	Todos	Reembolso de hasta $300 por año calendario para afiliados nativos americanos con el fin de ayudar a cubrir los costos de los servicios ceremoniales o tradicionales de los nativos americanos. Es obligatorio que el afiliado proporcione un formulario de verificación firmado.

Beneficios adicionales de valor añadido		
Nombre del beneficio	**Edad**	**Descripción**
Kit para cuidado de recién nacidos	De 0 a 6 meses, afiliadas embarazadas, afiliadas de posparto hasta 6 meses después del parto o un padre/madre/tutor legal con un niño afiliado a Humana de entre 0 y 6 meses de edad	1 kit para cuidados del recién nacido por nacimiento El kit incluye: bolsa para pañales, pañales, toallitas húmedas, pomada para el sarpullido del pañal, cobija para bebé, termómetro y jeringa con pera de goma
Transporte no médico (NMT, por sus siglas en inglés): necesidades sociales	De 18 años de edad en adelante	Hasta 15 viajes de ida y vuelta (o 30 viajes de ida o vuelta) a una distancia máxima de 45 millas por NMT, por año, hasta lugares como grupos de apoyo social, clases de bienestar, citas con el programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC, por sus siglas en inglés) y el Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) y bancos de alimentos. Este beneficio también ofrece transporte a lugares que ofrecen beneficios sociales e integración en la comunidad para afiliados, como centros comunitarios y de vecindario, parques, áreas recreativas e iglesias.
Transporte médico que no sea de emergencia (NEMT, por sus siglas en inglés): visitas al hospital/NICU	Todos	Un viaje de ida y vuelta dentro del estado (2 viajes de ida o vuelta dentro del estado) por día para que el padre/la madre o el tutor legal visite a su hijo durante su estancia en un hospital para pacientes hospitalizados o NICU.

Beneficios adicionales de valor añadido		
Nombre del beneficio	**Edad**	**Descripción**
NEMT: pasajeros adicionales	Todos	A los afiliados que usen el transporte médico que no es de emergencia quizás se les puede permitir traer hasta 3 niños cuando no tengan quién se los cuide. • La cantidad total de pasajeros, incluido el chofer, no puede superar las 5 personas • Cada uno de los niños debe tener menos de 13 años • Cada uno de los niños debe ser hijo adoptado, de acogida o estar tutelado por el afiliado por nacimiento, matrimonio o adopción legal Cada uno de los niños debe tener su propio asiento de seguridad infantil para automóvil proporcionado por el afiliado si así lo requieren las leyes del estado de OK
Subsidio de farmacia para medicamentos de venta sin receta (OTC)	Todos	Subsidio de hasta $30 por hogar y trimestre que permite a los afiliados comprar productos que ayudan con afecciones que ocurren comúnmente, como, por ejemplo: • Analgésicos • Ungüento para el sarpullido del pañal • Medicamentos para aliviar la tos y el resfriado • Equipo de primeros auxilios que no requiere una receta Las cantidades sin utilizar no se transfieren al próximo trimestre.

Beneficios adicionales de valor añadido		
Nombre del beneficio	**Edad**	**Descripción**
Subsidio para cuidado personal del padre/la madre o tutor legal	Todos	Reembolso de hasta $40 por trimestre para afiliados que sean el padre o la madre o el tutor legal de niños de hasta 12 meses de edad para ayudar a cubrir los costos del cuidado de niños y permitir a nuestros padres/tutores nuevos pasar tiempo realizando actividades de forma independiente y aliviar el estrés.
Comidas para después del alta hospitalaria	Todos	14 comidas refrigeradas a domicilio después del alta de un centro residencial o de hospitalización Límite de 4 altas por año
Límite de recetas exento para adultos	De 21 años de edad en adelante	Si usted es afiliado de Humana a partir de los 21 años, no se aplica el límite mensual de seis recetas. Los afiliados pueden recibir más recetas cuando sea necesario y no hay límite en la cantidad total de recetas que pueda tener. Sin embargo, los afiliados pueden recibir hasta dos recetas de marca cada mes. Una tercera receta de marca puede ser aprobada si su médico dice que es médicamente necesaria. Para obtener más información, llame a Servicios para afiliados o hable con su farmacia.
Caja de alimentos frescos para el cuidado maternal	Todos	Para reducir las barreras de acceso y costos, Humana proporciona hasta cuatro cajas de alimentos frescos, nutritivos y de temporada anualmente a afiliadas embarazadas desde el segundo trimestre hasta los 60 días después del parto, con la aprobación del coordinador de cuidado de la salud. Cada caja incluye un folleto educativo con recetas e ideas de comidas adaptadas a los artículos específicos de la entrega. Se requiere la participación en HumanaBeginnings

Beneficios adicionales de valor añadido		
Nombre del beneficio	**Edad**	**Descripción**
Dispositivos de automonitoreo: kit para monitorear la presión arterial	De 21 años de edad en adelante	Los afiliados que reciban cuidados para la salud pueden recibir 1 kit digital para medir la presión sanguínea cada 3 años. El paquete incluye el brazalete y el monitor. Se requiere la aprobación del coordinador de cuidado de la salud
Servicios de teléfono inteligente	De 18 años de edad en adelante Los menores emancipados también pueden solicitar	Los teléfonos inteligentes pueden facilitar el acceso a la información relacionada con la salud y permitir que los afiliados se mantengan comunicados con su equipo de cuidado y su plan de salud. Los afiliados de Humana que califiquen para el programa Federal Lifeline son elegibles para recibir un teléfono inteligente gratuito con minutos para hablar, mensajes de texto y datos mensuales.
Examen físico deportivo	6-18 años	Un examen físico deportivo por año
Asesoramiento para dejar de fumar y vapear	De 13 años de edad en adelante	El Programa para Dejar de Fumar se enfoca en recibir asesoramiento sobre el tabaco y el “vaping” para afiliados de 13 años de edad en adelante. El programa está diseñado con una duración de 6 meses en las que se recibirán un total de 8 llamadas de asesoramiento, pero los afiliados tienen 12 meses para completar el programa si fuera necesario. El Programa de Asesoramiento de Salud para Dejar de Fumar y Vapear ofrece apoyo tanto para la NRT de venta sin receta (OTC) y con receta para afiliados de 18 años de edad en adelante.

Beneficios adicionales de valor añadido		
Nombre del beneficio	**Edad**	**Descripción**
Servicios para la vista	De 21 años de edad en adelante	1 examen ocular anual Los afiliados pueden elegir una de las siguientes opciones cada 2 años: • Los anteojos incluyen lentes de policarbonato que no sean de índice alto y un subsidio de $100 para la montura de los anteojos; o • Subsidio de $100 para el costo de lentes de contacto. Los afiliados son responsables de cualquier costo superior al subsidio.
Copagos exentos	De 21 años de edad en adelante	Sin copagos por servicios médicos y de la salud del comportamiento
Apoyo académico para jóvenes	5-18 años	Para empoderar a los estudiantes para que alcancen su máximo potencial académico, este beneficio ofrece servicios de tutoría personalizados para afiliados de 5 a 18 años de edad. Con hasta 20 horas de tutoría disponibles durante un período de 10 semanas cada año, los estudiantes reciben asistencia específica para mejorar su experiencia de aprendizaje y sobresalir en sus estudios.
Desarrollo y recreación juvenil	4-18 años	Los afiliados pueden recibir un reembolso anual de hasta $250 por participar en actividades, como las siguientes: • Asociación Cristiana de Jóvenes (YMCA, por sus siglas en inglés) • Clases de natación • Clases de programación informática • Clases de música

Si tiene preguntas sobre cualquiera de los beneficios anteriores, hable con su PCP o llame a Servicios para afiliados al número gratuito **855-223-9868**

(TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora central.

Servicios de transporte

Transporte de emergencia: Si necesita transporte de emergencia (una ambulancia), llame al 911.

Transporte que no sea de emergencia: Humana puede organizar y pagar su transporte para ayudarle a ir y regresar de sus citas para cuidados cubiertos por Medicaid. Este servicio es gratuito para usted. Si necesita un acompañante para que vaya con usted a su cita médica o si su hijo (18 años de edad o menos) es un afiliado del plan, el transporte también está cubierto para el acompañante o padre/ madre o tutor legal. El transporte que no es de emergencia incluye vehículos personales, taxis, camionetas, vehículos no equipados con cama y transporte público.

Cómo obtener transporte que no es de emergencia: Humana colabora con ModivCare para satisfacer sus necesidades de transporte. Puede llamar a ModivCare al número gratuito **877-718-4213 TTY: 866-288-3133**, en cualquier momento dentro de las 72 horas antes de su cita para organizar el transporte hacia y desde su cita. También puede usar el portal para Afiliados de Modivcare, o descargar la aplicación en mymodivcare.com/modivcare-app, para programar su viaje en cualquier momento. Si necesita cancelar su viaje, hágalo dentro de las 24 horas.

ModivCare puede ayudar con:

- Transporte público
- Reembolso de combustible por millaje
- Conseguir el transporte en un/una:
    - Sedán
    - Camioneta
    - Taxi
    - Vehículo compartido
    - Vehículo equipado para levantar sillas de ruedas (incluidas bariátricas)
    - Vehículo con camilla

El beneficio de transporte pagará los viajes que estén a una distancia de hasta 45 millas. Si necesita transporte para una visita de más de 45 millas, nuestro equipo de administración de cuidados deberá revisar su solicitud. Si esto sucede, un trabajador de Modivcare le dirá que llame al correo de voz del transporte y deje sus datos para que puedan verificar su caso. Para obtener

un traslado, debe llamar a Modivcare para programar su traslado y también llamar al correo de voz de transporte para proporcionar la información necesaria para que el coordinador de cuidado de la salud revise su solicitud correctamente.

Si denegamos sus servicios de transporte, tiene derecho a apelar nuestra decisión. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte la sección de Apelaciones de este manual. Si tiene preguntas sobre transporte, llame a Servicios para afiliados al número gratuito **855-223-9868 TTY: 711**, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro.

Servicios sustitutos

Es posible que haya otros servicios que puedan ayudarle. Puede hablar con su coordinador de cuidado de la salud para obtener más información.

Apoyo adicional para manejar su salud

Manejar su cuidado de la salud por sí solo puede ser difícil, especialmente si tiene muchos problemas de salud al mismo tiempo. Si necesita apoyo adicional para estar y mantenerse saludable, podemos ayudarle. Como afiliado de Humana, puede tener un coordinador de cuidado de la salud en su equipo de cuidado de la salud. Un coordinador de cuidado de la salud es un profesional especialmente capacitado que trabaja con usted y sus médicos para asegurarse de que reciba el cuidado adecuado cuando y donde lo necesite.

Su coordinador de cuidado de la salud puede hacer lo siguiente:

- Coordinar sus citas y su transporte de ida y vuelta al médico;
- Brindarle apoyo para alcanzar sus objetivos relacionados con manejar mejor sus afecciones de salud actuales;
- Responder preguntas sobre lo que hacen sus medicamentos y cómo tomarlos;
- Hacer un seguimiento con sus médicos o especialistas sobre su cuidado médico;
- Conectarle con recursos útiles en su comunidad; y
- Ayudarle para que continúe recibiendo el cuidado que necesita si cambia de plan de salud o médico.

Humana también puede conectarlo con un coordinador de cuidado de la salud que se especialice en respaldar un estilo de vida saludable y cualquier plan de tratamiento que su médico haya ordenado para una afección que tenga, como asma, diabetes, depresión y otras.

Para obtener más información sobre cómo puede recibir apoyo adicional para manejar su salud, hable con su PCP o llame a Servicios para afiliados

al número gratuito **855-223-9868 TTY: 711**, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro.

Ayuda con problemas que no requieren cuidado médico

Puede ser difícil enfocarse en su salud si tiene problemas con su vivienda o le preocupa tener suficiente comida para alimentar a su familia. Humana puede conectarlo con recursos de su comunidad para ayudarlo a manejar dificultades que van más allá de su cuidado médico.

- Llame a Servicios para afiliados al número gratuito **855-223-9868 TTY: 711**, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro, si necesita ayuda con lo siguiente:
    - Pagar sus medicamentos
    - Pagar las facturas relacionadas con su casa (agua y electricidad)
    - Pagar alimentos
    - Buscar ayuda con el cuidado de niños y actividades extraescolares
    - Más medicamentos

Coordinación del cuidado de la salud y servicios de extensión

Los niños y adultos con necesidades de cuidado de la salud especiales a menudo se benefician con la coordinación del cuidado de la salud. Ofrecemos servicios de coordinación del cuidado de la salud a todos los afiliados que puedan beneficiarse con estos servicios. Los afiliados también pueden autorreferirse.

Tenemos:

- profesionales de enfermería registrados
- trabajadores sociales
- otros trabajadores que pueden ayudarle

Estos trabajadores del cuidado de la salud pueden ayudarle a coordinar su cuidado de la salud. Esta coordinación puede incluir ayudarle a encontrar los recursos comunitarios que necesita. Podemos comunicarnos con usted si:

- Su médico nos pide que lo llamemos
- Usted nos pide que lo llamemos
- Nuestro personal considera que este servicio puede ser útil para usted o su familia

Los servicios de coordinación del cuidado de la salud pueden hacer lo

siguiente:

- Coordinar sus citas y su transporte de ida y vuelta al médico
- Brindarle apoyo para alcanzar sus objetivos relacionados con manejar mejor sus afecciones de salud actuales
- Responder preguntas sobre lo que hacen sus medicamentos y cómo tomarlos
- Hacer un seguimiento con sus médicos o especialistas sobre su cuidado médico
- Conectarle con recursos útiles en su comunidad
- Ayudarle para que continúe recibiendo el cuidado que necesita si cambia de plan de salud o médico
- Ayudarle a determinar cuándo debe recibir cuidado médico de su Hogar médico centrado en el paciente (PCMH, por sus siglas en inglés), cuidado de urgencia o cuándo acudir a la sala de emergencias

Hay varios programas de Coordinación del Cuidado de la Salud disponibles, entre ellos:

Coordinación del cuidado complejo

Los afiliados de Humana Healthy Horizons in Oklahoma pueden ser elegibles para recibir servicios de coordinación de cuidado de la salud complejo si han estado hospitalizados varias veces o tienen necesidades especiales. Un equipo de proveedores de cuidado de la salud está listo para asegurarse de que se satisfagan sus necesidades.

Estos afiliados tienen los factores de riesgo más altos, como:

- Varias afecciones
- Toman varios medicamentos
- Tienen múltiples proveedores clínicos

Si desea obtener más información acerca del Programa de Coordinación de Cuidado de la Salud Complejo, cómo autoreferirse o cancelar su participación en el Programa de Coordinación del Cuidado de la Salud para casos complejos, llame a Servicios de apoyo para coordinación del cuidado de la salud al número gratuito **855-223-9868 TTY: 711**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro. Este programa es opcional.

Transiciones en el cuidado

Si está hospitalizado, nuestros coordinadores de cuidado de la salud pueden ayudarle antes de que deje el hospital. Podemos hacer lo siguiente:

- Responder cualquier pregunta que pueda tener sobre cómo salir del hospital
- Responder preguntas sobre los medicamentos que le da su médico
- Ayudar a coordinar sus consultas al médico
- Ayudar a programar asistencia para cuando llegue a casa

Si necesita ayuda después de salir del hospital y regresar a casa, díganoslo. Llame a Servicios para afiliados al número gratuito **855-223-9868**, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro.

Servicios de maternidad Humana Care Beginnings

Los afiliados de Humana que tendrán un bebé o lo han tenido recientemente pueden obtener servicios y apoyo para la mamá y el bebe, lo que incluye:

- Coordinar a consultas médicas
- Responder a preguntas sobre el embarazo, el parto, el posparto y cuidados del recién nacido
- Brindar apoyo durante la lactancia
- Brindar suministros para el recién nacido
- Brindar apoyo durante el período posparto

Beneficio para pruebas de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT)

Los afiliados del plan menores de 21 años pueden recibir cualquier tratamiento o servicio de salud que sea necesario por razones médicas para tratar, prevenir o mejorar un problema de salud. Este conjunto especial de beneficios se llama servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT). Los afiliados que necesitan beneficios de EPSDT:

- Pueden recibir servicios de EPSDT a través de su plan de salud;
- No tienen que pagar ningún copago por los servicios de EPSDT; y
- Pueden obtener ayuda para programar citas y coordinar transporte gratuito desde y hacia las citas.

Es posible que algunos servicios de EPSDT requieran autorización previa (PA). EPSDT incluye servicios que pueden ayudar a tratar, prevenir o mejorar la dificultad de salud de un afiliado, incluido, entre otros:

- Antecedentes médicos y de vacunación;

- Exámenes físicos;
- Varias evaluaciones de salud y asesoramiento;
- Pruebas de laboratorio y de detección;
- Cuidado de seguimiento necesario; o
- Servicios de análisis del comportamiento aplicado (ABA).

Si tiene preguntas sobre los servicios de EPSDT, hable con el proveedor de cuidado primario (PCP) de su hijo. También puede encontrar más información sobre los servicios de EPSDT en línea visitando nuestro sitio web en es-www.humana.com/HealthyOklahoma o la página web de EPSDT de SoonerCare en https://oklahoma.gov/ohca/providers/types/ child-health-epsdt.html

Cronograma de consultas de salud infantil

Recomendamos citas regulares de salud infantil. Esta tabla muestra cuándo su hijo debe tener citas.

Infancia:

Menor de 1 mes	2 meses	4 meses
6 meses	9 meses	12 meses

Primera infancia:

15 meses	18 meses	24 meses
30 meses	3 años	4 años

Segunda infancia:

5 años	6 años	7 años
8 años	9 años	10 años

Adolescencia y adultos jóvenes:

11 años	12 años	13 años
14 años	15 años	16 años
17 años	18 años	19 años
20 años	21 años (hasta el final del mes del cumpleaños número 21 del afiliado)	

Servicios sin cobertura

Estos son ejemplos de algunos de los servicios que no ofrece Humana. Si recibe cualquiera de estos servicios, es posible que tenga que pagar la factura:

- Acupuntura
- Cirugía estética
- Tratamiento de la infertilidad
- Programas para bajar de peso
- Servicios de un proveedor que no forma parte de Humana, excepto que sea un proveedor al que se le tiene permitido ver como se ha descrito en este manual de Humana, o su PCP le ha enviado a dicho proveedor
- Servicios para los cuales necesita un referido (aprobación) por anticipado y usted no la obtuvo
- Servicios para los cuales necesita una PA por anticipado y usted no la obtuvo
- Servicios médicos proporcionados fuera del país
- Eliminación de tatuajes

Otros servicios sin cobertura:

Los servicios dentales, excepto los servicios de emergencia dentales en entornos de internamiento del paciente, ambulatorios y de cirugía ambulatoria, serán reembolsados por OHCA fuera de la capitación de Humana y se proporcionarán a través del programa dental SoonerSelect. Además, Humana no será financieramente responsable de los servicios ofrecidos por IHCP que sean elegibles para financiación federal del cien por cien (100%).

Esta lista no incluye todos los servicios que no están cubiertos. Para determinar si un servicio no está cubierto, llame a Servicios para afiliados al **855-223-9868 TTY: 711**, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro.

Es posible que tenga que pagar por cualquier servicio que su PCP o Humana no apruebe. Esto incluye:

Servicios no cubiertos (incluidos los enumerados anteriormente).

- Servicios no autorizados
- Servicios brindados por proveedores que no forman parte de Humana

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

Qué sucede si recibe una factura

En la mayoría de los casos, no tiene que pagar por los servicios de SoonerSelect y no debe recibir una factura del proveedor. Es posible que tenga que pagar si aceptó por escrito pagar los servicios no compensados por Humana Healthy Horizons in Oklahoma. Si recibe una factura por un tratamiento o servicio que cree que no debe pagar, no la ignore. Llame a Servicios para afiliados al número gratuito **855-223-9868 TTY: 711**, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro, de inmediato. Podemos ayudarle a entender por qué puede haber recibido una factura. Si usted no es responsable del pago, Humana se comunicará con el proveedor y le ayudará a solucionar el problema.

Tiene derecho a presentar una apelación si considera que se le está pidiendo que pague algo que Humana debería cubrir. Para obtener más información, consulte la sección de quejas formales y apelaciones de este manual. Si tiene preguntas, llame a Servicios para afiliados al número gratuito **855-223-9868 TTY: 711**, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro.

Podemos tomar la decisión de que un nuevo tratamiento que actualmente no está cubierto por Medicaid será un beneficio cubierto. Podría tratarse de nuevos:

- Servicios de cuidado de la salud
- Dispositivos médicos
- Terapias
- Opciones de tratamiento

Una comisión de profesionales de cuidado de la salud examina esta información y determinará su cobertura en función de lo siguiente:

- Reglas actualizadas de Medicaid y Medicare
- Pautas de evaluación tecnológica externa
- Aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés)
- Recomendaciones de la literatura médica [KD1]

PARTE III: Procedimientos del plan

Programa del período sin cambios de farmacia

Para proteger la salud de nuestros afiliados, Humana Healthy Horizons in Oklahoma tiene un programa del período sin cambios de farmacia. Este es para afiliados que abusan o hacen un uso incorrecto de los medicamentos recetados. A los afiliados se les asigna una farmacia y un médico. Puede cambiar de médico o farmacia una vez al año, salvo que tenga una situación especial como una mudanza. Si le incluyen en el programa, puede estar afiliado un mínimo de dos años. Revisaremos su afiliación al menos cada año. Puede apelar su inclusión en el programa del período sin cambios. Para obtener más información, consulte la sección de quejas formales y apelaciones de este manual.

Autorización previa y medidas

Humana Healthy Horizons in Oklahoma tendrá que aprobar algunos tratamientos y servicios antes de que los reciba. A esto se le conoce como autorización previa. Para obtener una lista de los servicios que requieren una autorización previa, consulte la tabla de la sección "Servicios Cubiertos por la Red de Humana Healthy Horizons in Oklahoma" en este manual. Habitualmente, su PCP enviará la autorización previa a Humana Healthy Horizons in Oklahoma para usted a través del portal de proveedores.

- Habitualmente, su PCP enviará la autorización previa a Humana Healthy Horizons in Oklahoma para usted a través del portal de proveedores. Pedir la aprobación de un tratamiento o servicio se llama solicitud de autorización previa.

Para obtener ayuda o más información, usted o su médico pueden llamar a Revisión de Farmacia Clínica de Humana al número gratuito **1-800-555-2546 TTY: 711**, **o** enviar su solicitud por escrito a P.O. Box 14601 Lexington, KY 40512. Su médico también puede enviar solicitudes.

Solicitudes de autorización previa para niños menores de 21 años

Se aplican reglas especiales a las decisiones de aprobar servicios médicos para niños menores de 21 años que reciben servicios de pruebas de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT). Para obtener más información sobre los servicios de EPSDT, llame a Servicios para Afiliados al número gratuito **855-223-9868 TTY: 711**, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro o consulte nuestro sitio web en es-www.humana.com/HealthyOklahoma.

¿Qué sucede después de que recibimos su solicitud de autorización previa?

El plan de salud tiene un equipo de revisión para asegurarse de que obtenga los servicios que prometemos y que necesita. En el equipo de revisión hay profesionales calificados del cuidado de la salud (como médicos y profesionales de enfermería). Su trabajo es asegurarse de que el tratamiento o servicio que ha solicitado está cubierto por su plan y que esto le ayudará con su afección médica. Ellos hacen esto revisando su plan de tratamiento frente a normas aceptables desde el punto de vista médico.

Después de recibir su solicitud, la revisaremos bajo un proceso estándar o acelerado (más rápido). Usted o su médico pueden solicitar una revisión acelerada si una demora causará daños graves a su salud. Si su solicitud de una revisión acelerada se rechaza, se lo informaremos, y su caso se administrará de acuerdo con el proceso de revisión estándar. En todos los casos, revisaremos su solicitud tan pronto como su afección médica lo requiera, no tardaremos más de los plazos que se indican en la siguiente sección de este manual.

Le informaremos a su proveedor por escrito si su solicitud se aprueba o deniega. También le comunicaremos el motivo de la decisión. Le explicaremos qué opciones tendrá para una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Toda decisión de denegar una solicitud de autorización previa (PA) o de aprobarla por una cantidad inferior a la solicitada se denomina determinación adversa de beneficio. Estas decisiones las tomará un profesional de cuidado de la salud. Puede solicitar las normas médicas específicas, llamadas criterios de revisión clínica, que se utilizaron para tomar la decisión de determinación adversa de beneficios relacionada con la necesidad por razones médicas. No recompensamos a los proveedores o a nuestro propio personal por denegar cobertura o servicios. No ofrecemos a nuestro personal recompensas económicas que incidan en sus decisiones. No denegamos o limitamos la cantidad, el plazo o el alcance de los servicios solo en virtud del diagnóstico o el tipo de enfermedad o afección de salud. Ningún incentivo económico para los responsables de la toma de decisiones fomenta decisiones que den lugar a una subutilización de los servicios.

Autorización previa y plazos

Revisaremos su solicitud de PA dentro de los siguientes plazos:

Revisión estándar: decidiremos con respecto a su solicitud dentro de los 7 días calendario posteriores a su recepción.

Revisión acelerada (más rápida): decidiremos sobre su solicitud y nos comunicaremos con usted en el plazo de 72 horas.

Para medicamentos recetados cubiertos: tomaremos una decisión sobre su solicitud en un plazo de 24 horas tras haber recibido la solicitud de autorización previa.

Para pruebas de biomarcadores: tomaremos una decisión sobre su solicitud en un plazo de 72 horas después de haber recibido toda la información necesaria para tomar la decisión de autorización previa. Para solicitudes urgentes, tomaremos una decisión dentro de las 24 horas.

Ensayos clínicos calificados: tomaremos una decisión sobre su solicitud en un plazo de 72 horas después de haber recibido toda la información necesaria para tomar la decisión de autorización previa. Para solicitudes urgentes, tomaremos una decisión dentro de las 24 horas.

Salud del comportamiento como paciente internado: decidiremos sobre su solicitud en un plazo de 72 horas.

Revisión posterior al servicio: enviaremos una respuesta a su proveedor dentro de los 7 días calendario posteriores a su solicitud.

Se puede extender el plazo tanto de las decisiones estándares como de las decisiones aceleradas hasta siete (7) días calendario adicionales si el afiliado o el proveedor solicitan la extensión o si se necesita información adicional y la extensión beneficia al afiliado.

- Si Humana necesita más tiempo para tomar una decisión, usted recibirá una notificación por escrito explicando por qué se extiende el plazo.
- Ese aviso también le indicará que tiene derecho a presentar una queja formal si no está de acuerdo con la decisión de extender el plazo.
- Humana tomará y llevará a cabo la decisión tan pronto como su afección médica lo requiera.
- En todos los casos, la decisión se tomará a más tardar en la fecha en que finalice el período de prórroga

En la mayoría de los casos, si recibe un servicio y se hace una nueva solicitud para seguir recibiendo el servicio, debemos informarle al menos 10 días calendario antes de que cambiemos el servicio si decidimos reducir, interrumpir o restringir el servicio.

Si aprobamos un servicio y usted ya comenzó a recibirlo, no reduciremos, interrumpiremos ni restringiremos el servicio durante el tiempo en que se haya aprobado a menos que determinemos que la aprobación se basó en información que se sabía que era falsa o incorrecta.

Si rechazamos el pago de un servicio, le enviaremos un aviso a usted y a su proveedor el día en que se rechace el pago. Estos avisos no son facturas.

Cómo puede ayudar con las políticas del plan de salud

Valoramos sus ideas. Puede ayudarnos a desarrollar políticas que sirvan para prestar un mejor servicio a nuestros afiliados. Tal vez le gustaría trabajar con uno de los comités de afiliados de nuestro plan de salud o con OHCA, como:

- Comité asesor de Humana; o
- Comité Asesor de Salud del Comportamiento de Humana (BHAB, por sus siglas en inglés).

Llame a Servicios para afiliados al número gratuito **855-223-9868 TTY: 711**, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro para obtener más información sobre cómo puede ayudar.

Apelaciones

Si no está satisfecho/a con nuestra decisión sobre su cuidado o si recibió una determinación adversa de beneficio, tiene derecho a presentar una apelación.

Para presentar una apelación, escriba a la siguiente dirección:

Attn: Grievance and Appeals Department

P.O. Box 14163

Lexington, KY 40512-4163

Fax: 800-949-2961

Para presentar una apelación por teléfono, llame a Servicios para afiliados al número gratuito **855-223-9868 TTY: 711**, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro.

Si no está satisfecho/a con una medida que tomamos o con lo que decidimos sobre su solicitud de autorización previa (PA), usted puede presentar una apelación en el plazo de 60 días calendario desde la fecha de la carta de denegación. Una apelación es una solicitud para que revisemos la decisión.

Usted mismo puede hacer esto o, con su consentimiento por escrito, su representante autorizado o su proveedor puede llamar a Servicios para afiliados al número gratuito **855-223- 9868 TTY: 711**, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro o consultar nuestro sitio web de Humana si necesita ayuda para llenar una apelación.

La apelación se puede hacer por teléfono o por escrito. Usted no está obligado a usar ningún término legal o específico con tal de que indique claramente que no está satisfecho/a con la decisión que tomamos. Podemos ayudarle a completar el formulario de apelación. En caso necesario, se le proporcionará recursos y servicios auxiliares si lo solicita. Estos serán gratuitos. Le enviaremos una carta en el plazo de cinco (5) días hábiles a partir de

la fecha en que recibimos su solicitud de apelación para confirmarle la recepción.

Si es necesario que su apelación se revise con mayor rapidez del plazo estándar porque tiene una necesidad inmediata de servicios médicos, puede solicitar una apelación acelerada (más rápida).

- **Apelaciones estándar:** si tenemos toda la información que necesitamos, le comunicaremos nuestra decisión por escrito 30 días después de la recepción de su apelación.
- **Apelación acelerada (más rápida):** si tenemos toda la información que necesitamos, lo llamaremos y le enviaremos un aviso por escrito de nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación o tan pronto como lo requiera la afección médica del afiliado y a más tardar en la fecha de vencimiento de la extensión.

Puede presentar una queja formal si su solicitud de apelación acelerada (seguimiento rápido) es denegada.

No recibirá un trato diferente ni actuaremos de una manera inadecuada porque presenta una apelación.

Antes y durante la apelación, usted o su representante pueden ver el archivo de su caso sin costo alguno, incluidos los expedientes médicos y cualquier otro documento y registro que se use para tomar una decisión sobre su caso. Los expedientes se proporcionarán con suficiente antelación al plazo de resolución de las apelaciones.

Puede hacer preguntas y dar cualquier información (incluidos nuevos documentos médicos de sus proveedores) que considere que nos ayudará a aprobar su solicitud. Puede hacerlo en persona, por escrito o por teléfono.

Si necesita ayuda con el proceso de apelación, tiene preguntas o desea revisar el estado de su apelación, puede llamar a Servicios para afiliados al número gratuito **855- 223-9868 TTY: 711**, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro.

Más Información para Apelaciones

Si necesitamos más información para tomar ya sea una decisión estándar o acelerada (más rápida) sobre su apelación, podemos ampliar el período de tiempo para resolver su apelación. Humana puede tomar hasta 14 días calendario adicionales para decidir sobre una apelación si puede explicarle a OHCA que necesita más información y que esperar más tiempo ayudará al afiliado. Si la OHCA está de acuerdo, podemos extender la apelación y haremos lo siguiente:

- Le llamaremos de inmediato.
- Le escribiremos y le informaremos que extendimos su apelación y qué información podría necesitar dentro de los 2 días calendario.

- Le explicaremos por qué la demora es en su mejor interés.
- Tomaremos una decisión como mucho 14 días calendario después desde el día que le pedimos más información.

Si necesita más tiempo para recopilar sus documentos e información, simplemente solicítelo.

Si se deniega su solicitud de revisión de apelación acelerada, se lo informaremos y su caso se manejará conforme al proceso de revisión de apelación estándar.

Tiene derecho a presentar una queja formal si no está de acuerdo con la decisión de extensión.

Usted, su proveedor o alguien en el que confíe puede pedirnos que retrasemos su caso hasta 14 días. Queremos tomar la decisión que respalde su mejor estado de salud. También puede solicitar más tiempo llamando a Servicios para afiliados al número gratuito **855-223-9868 TTY: 711**, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro o escribiendo a la siguiente dirección:

Attn: Grievance and Appeals Department

P.O. Box 14163

Lexington, KY 40512-4163

En la revisión de una apelación, si el plazo acelerado o estándar requiere una extensión de hasta 14 días calendario, debe cumplir con los siguientes criterios:

- El afiliado solicita la extensión
- Humana demuestra, a satisfacción de OHCA, cuando lo solicite, que existe la necesidad de información adicional y que la demora beneficia al afiliado
- El afiliado tiene derecho a presentar una queja formal si no está de acuerdo con la extensión

Nuestra decisión sobre su apelación

Le informamos cómo resolvimos su apelación por escrito dentro de los 3 días calendario posteriores a la resolución de la apelación. Si aceptamos que no debemos reducir ni interrumpir los servicios que ya estaba recibiendo, le enviaremos un aviso de la resolución de la apelación informándole que hemos aprobado su apelación. Si todavía seguimos en desacuerdo con usted y consideramos que estábamos acertados en la decisión de reducir o interrumpir los servicios que ya estaba recibiendo, le enviaremos un aviso de la resolución adversa de la apelación informándole que hemos denegado su apelación. Si no está de acuerdo con la resolución adversa de la apelación, tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial estatal. Consulte en la siguiente sección detalles importantes sobre el plazo de tiempo y cómo llenar su solicitud.

Su cuidado mientras espera una decisión sobre su apelación

- Cuando la decisión del plan de salud reduce o interrumpe un servicio que ya estaba recibiendo, puede pedir continuar con los servicios que su proveedor ya haya ordenado mientras tomamos una decisión sobre su apelación. También puede pedir a un representante autorizado que haga la solicitud por usted. Los proveedores no tienen permitido pedir la continuidad de sus servicios para usted.
- Mientras está esperando que tomemos una decisión sobre su apelación, si desea continuar con los servicios que ya estaba recibiendo, asegúrese de solicitarnos que continuemos con esos servicios al momento de presentar su apelación.
- Puede solicitar la continuidad de los servicios si el período de tiempo incluido en la solicitud de servicio original de su proveedor no ha caducado.
- Su solicitud de continuar con los servicios se debe realizar en un plazo de 60 días calendario desde la fecha de la carta de denegación o antes de la fecha que le indicamos que se reducirían o interrumpirían los servicios, la que sea más tarde.
- Si continuamos los servicios que ya estaba recibiendo, pagaremos por esos servicios si aprobamos su apelación. **Es posible que su apelación no cambie la decisión que el plan de salud tomó sobre sus servicios.**

Si no está satisfecho/a con el resultado de su apelación, puede pedir una audiencia imparcial estatal (consulte en la siguiente sección de este manual).

Audiencias imparciales estatales

Después de que reciba la notificación de resolución adversa (denegación) de su apelación y si todavía no está de acuerdo con la decisión que tomamos de reducir, interrumpir o restringir sus servicios, puede pedir una audiencia imparcial estatal. Una audiencia imparcial estatal es su oportunidad de aportar más información y de hacer preguntas sobre la decisión frente a un juez de derecho administrativo. El juez de la audiencia imparcial estatal no forma parte de su plan de salud.

Si quiere continuar con los beneficios mientras espera la decisión del juez de derecho administrativo sobre su audiencia imparcial estatal, debe informarlo al momento de solicitar una audiencia imparcial estatal.

Si necesita ayuda para entender el proceso de audiencia imparcial estatal, puede llamar Servicios para afiliados al número gratuito **855-223-9868 TTY: 711**, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro. Usted no está obligado a utilizar ningún término legal o formal en su solicitud de una audiencia imparcial estatal con tal de que indique claramente que no está satisfecho/a con la decisión que tomamos.

Su cuidado mientras espera una decisión sobre su audiencia imparcial estatal

Si solicitó y siguió recibiendo servicios durante su apelación, debemos continuar ofreciendo esos servicios hasta que usted haga una de las siguientes cosas:

- Usted retira su apelación o su solicitud de audiencia imparcial estatal, o
- Un oficial de la audiencia imparcial estatal emite una decisión de audiencia que discrepa con usted.
- El afiliado no solicita una audiencia imparcial estatal después de que Humana envía el aviso de una resolución adversa a la apelación del afiliado.

También puede pedir a un representante confiable que haga la solicitud por usted.

Si pide a su plan de salud que continúe con los servicios que ya recibe durante su caso de audiencia imparcial estatal, el plan de salud pagará por esos servicios si la decisión del caso es favorable a usted. Es posible que su audiencia imparcial estatal no cambie la decisión que el plan de salud tomó sobre sus servicios.

Cómo solicitar una audiencia imparcial estatal

Usted no está obligado a utilizar ningún término legal o formal en su solicitud de una audiencia imparcial estatal con tal de que indique claramente que no está satisfecho/a con la decisión que tomamos.

Primero debe presentar una apelación ante Humana y recibir nuestra decisión antes de solicitar una audiencia imparcial estatal. Si no tomamos una decisión sobre su apelación dentro de los 30 días calendario posteriores a su solicitud de apelación, también puede solicitar una audiencia imparcial estatal.

No necesita un abogado para su audiencia imparcial estatal, pero puede usar uno.

Puede representarse usted mismo o dejar que alguien más lo represente.

Si autoriza a alguien más para que lo represente, tendrá que justificar por escrito que usted pidió su ayuda.

Sin esta justificación por escrito, su apelación se rechazará.

Puede solicitar una audiencia imparcial estatal en cualquier momento dentro de los 120 días calendario a partir de la fecha que aparece en la carta de notificación de resolución adversa (denegación).

- Puede utilizar una de las siguientes formas para solicitar una audiencia imparcial:

Escribiendo a: Grievance Docket Clerk P.O. Drawer 18497

Oklahoma City, OK 73154-0497

Fax: 405-530-3444

Teléfono: **405-522-7217**

Correo electrónico: docketclerk@okhca.org

Las apelaciones al proceso de audiencia imparcial estatal externa de Medicaid se deben presentar en el plazo de 120 días calendario desde la fecha de la decisión interna sobre la apelación.

Si tiene problemas con su plan de salud

Esperamos que nuestro plan de salud le sirva bien. Si tiene un problema, hable con su PCP o llame a Servicios para Afiliados al número gratuito **855-223-9868 TTY: 711**, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro o escriba a nuestro Departamento de Quejas Formales y Apelaciones:

Attn: Grievance and Appeals Department

P.O. Box 14163

Lexington, KY 40512-4163

Fax: 800-949-2961

La mayoría de los problemas se pueden resolver de inmediato. Si tiene un problema con su plan de salud, proveedor o con los servicios, puede presentar su reclamo ante Humana Healthy Horizons in Oklahoma. **Este tipo de reclamo se llama queja formal.** Los problemas que no se resuelvan de manera inmediata por teléfono y cualquier queja formal que llegue por correspondencia se gestionará según nuestros procedimientos de quejas formales que se describen a continuación.

Puede pedir a alguien en el que confíe (su representante autorizado) que presente la queja formal por usted. Si necesita ayuda porque tiene un problema de audición o visión, si necesita servicios de traducción o si necesita ayuda para llenar los formularios, podemos ayudarle. No le dificultaremos las cosas ni tomaremos ninguna medida contra usted por presentar una queja formal.

También puede presentar un reclamo ante el Departamento de Seguros de Oklahoma visitando https://www.oid.ok.gov/consumers/file-an-online-complaint/.

Si no está satisfecho/a con su plan: Cómo presentar una queja formal

Si no está satisfecho/a con su plan de salud, proveedor o con sus servicios de salud, puede presentar una queja formal (un reclamo formal) ante Humana. Puede presentar una queja formal por teléfono o por escrito en cualquier momento. Si necesita ayuda o tiene preguntas, llame a Servicios para Afiliados al número gratuito **855-223-9868 TTY: 711**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro. Le proporcionaremos un intérprete sin costo si lo necesita.

Para presentar la solicitud por teléfono o con su consentimiento por escrito, su representante autorizado o su proveedor pueden llamar a la línea gratuita de Servicios para afiliados al: **855-223-9868 TTY: 711**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro.

Para presentarla por escrito, puede escribirnos su queja formal a Attn: Grievance and Appeals Department

P.O. Box 14163

Lexington, KY 40512-4163

Fax: 800-949-2961

¿Cuál es el siguiente paso?

- Le informaremos por escrito que hemos recibido su queja formal.
- Decidiremos la resolución de una queja formal dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de queja formal.
- Le informaremos cómo la resolvimos por escrito en un plazo de 3 días calendario después de que resolvamos la queja formal.

El plazo para resolver una queja formal puede extenderse hasta por 14 días calendario si sucede lo siguiente:

- El afiliado, o representante autorizado, o su proveedor como representante autorizado solicita una extensión; o
- Humana demuestra, a satisfacción de OHCA, cuando lo solicite, que existe la necesidad de información adicional y que la demora beneficia al afiliado.
- Si la queja formal se extiende, Humana llamará al afiliado y le enviará una carta de notificación por escrito dentro de los 2 días calendario.

Su cuidado médico cuando cambia de plan de salud o de médicos (transición en el cuidado)

Si decide abandonar Humana compartiremos su información de salud con su nuevo plan.

Puede terminar de recibir cualquier servicio que ya haya sido autorizado por su seguro de salud previo o Humana Healthy Horizons in Oklahoma, incluso aunque el proveedor que esté viendo sea un proveedor fuera de la red.

Las autorizaciones previas se respetarán hasta que se usen los servicios o hasta noventa (90) días después del inicio de los beneficios de su nuevo plan, lo que ocurra primero. A continuación, le ayudaremos a encontrar un proveedor en nuestra red para obtener cualquier servicio adicional si lo necesita.

Si está embarazada cuando se inscribe en Humana Healthy Horizons in Oklahoma, puede continuar con los cuidados que estaba recibiendo antes de inscribirse en nuestro plan. Puede seguir viendo a su médico aunque sea un proveedor fuera de la red.

Si está recibiendo quimioterapia o radioterapia, diálisis, servicios por trasplante de tejido u órgano vital, cirugía bariátrica, tratamiento con Synagis, medicamentos para tratamiento de la hepatitis C o si tiene una enfermedad terminal, cuando cambie de plan puede seguir con su plan de tratamiento actual.

Los niños que reciban servicios de enfermería privada seguirán recibiendo estos servicios. Estos servicios solo cambiarán si hacemos una nueva evaluación y determinamos que su hijo necesita servicios distintos.

Continuaremos cubriendo sus servicios fuera del estado o asistencia para comidas y alojamiento si ya la está recibiendo de un proveedor de Oklahoma SoonerSelect cuando se inscribe en nuestro plan.

Si está recibiendo servicios para la hemofilia, dichos servicios continuarán ofreciéndolos sus actuales proveedores de tratamiento para la hemofilia por un máximo de noventa (90) días incluso aunque el proveedor esté fuera de la red. Después de noventa (90) días, podemos ayudarle a encontrar un proveedor de la red.

Si está en un plan de tratamiento actual y está recibiendo servicios para la salud del comportamiento, puede seguir con su(s) actual(es) proveedor(es) para la salud del comportamiento durante un período máximo de noventa (90) días, incluso si el proveedor está fuera de la red. Después de noventa (90) días, podemos ayudarle a encontrar un proveedor de la red.

Si está esperando equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) o suministros autorizados u ordenados antes de inscribirse en nuestro plan, le ayudaremos a recibir esos suministros a tiempo.

Si su PCP abandona Humana, le informaremos por escrito en un plazo de treinta (30) días a partir de que tengamos conocimiento de esta situación. En esa carta le informaremos cómo puede elegir un nuevo PCP o elegiremos

uno por usted si usted no lo elige en treinta (30) días.

Si un proveedor que lo está atendiendo ya no forma parte de la red, le enviaremos una carta informándole de ello. La carta que le enviaremos incluirá detalles sobre la continuidad de cuidados. Si desea encontrar un nuevo proveedor, puede llamar a Servicios para afiliados al número gratuito **855-223-9868 TTY: 711**, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro o consultar es-www.humana.com/Findadoctor.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para afiliados al número gratuito **855-223-9868 TTY: 711**, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro. Los servicios de interpretación están disponibles de forma gratuita/sin costo.

Derechos y responsabilidades del afiliado

Sus derechos

Como afiliado de Humana, usted tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir información sobre el programa SoonerSelect y Humana Healthy Horizons in Oklahoma, sus servicios, proveedores y derechos y responsabilidades del afiliado.
- Ser tratado con respecto y con la debida consideración de su dignidad y privacidad.
- Recibir información sobre las opciones de tratamiento y las alternativas disponibles, de una forma que usted comprenda, independientemente del costo o de la cobertura de beneficios.
- Participar en decisiones sobre su cuidado de la salud, incluido el derecho a rechazar el tratamiento.
- Sentirse libre de cualquier forma de encierro o reclusión que se utilice como medio de coacción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Solicitar y recibir una copia de su expediente médico y que, si se solicita, este se modifique o corrija de conformidad con las reglas de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) y otras leyes y regulaciones estatales y federales aplicables.
- Obtener los servicios de cuidado de la salud disponibles cubiertos por Humana Healthy Horizons in Oklahoma.
- Expresar los reclamos o las apelaciones sobre Humana Healthy Horizons in Oklahoma o sobre el cuidado provisto.
- Hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de los afiliados.

Sus responsabilidades

Como afiliado de Humana, usted acepta las siguientes responsabilidades:

- Revisar la información de OHCA/Humana, corregir inexactitudes y permitir que agencias gubernamentales, empleadores y proveedores entreguen registros a OHCA o a Humana.
- Notificar a OHCA o Humana en el plazo de 10 días si hay cambios en los ingresos, la cantidad de personas que viven en la casa, cambios de dirección o de correo postal o cambios en el seguro de salud.
- Transferir, asignar y autorizar a OHCA todas las reclamaciones que tenga contra el seguro de salud, compañías de seguro de responsabilidad u otros terceros. Esto incluye pagos por servicios médicos proporcionados por OHCA para cualquier dependiente.
- Responder a las solicitudes de ayuda de la Oficina de Servicios de Apoyo Infantil de Servicios Humanos de Oklahoma.
- Permitir que SoonerCare colecte pagos de cualquier persona que esté obligada a pagar por cuidado médico.
- Compartir la información médica necesaria con cualquier compañía de seguro, persona o entidad que tenga la responsabilidad de pagar la factura.
- Inspeccionar el expediente médico para ver si se pueden pagar las reclamaciones por servicios.
- Obtener permiso de la Autoridad de Cuidado de la Salud de Oklahoma o de Servicios Humanos de Oklahoma para tomar decisiones sobre pagos o sobrepagos.
- Mantener su tarjeta de identificación y saber su número de seguro social para recibir recetas o servicios para cuidado de la salud.
- Confirmar que los cuidados recibidos están cubiertos.
- Entender cómo y cuándo solicitar servicios de transporte médico que no es de emergencia (NEMT).
- Costos compartidos.
- Asegurarse de que toda la información ofrecida a OHCA o a Humana está completa y es verdadera bajo pena de fraude o falso testimonio.
- Brindar la información (en la medida posible) que Humana Healthy Horizons in Oklahoma y sus proveedores necesiten para proveer cuidado.
- Seguir los planes y las instrucciones para obtener cuidado que hayan acordado con su proveedor.
- Comprender sus problemas de salud y participar para establecer metas mutuamente acordadas, en la medida de lo posible.

Opciones de desafiliación

Si desea salir del plan

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

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

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

- Necesita la prestación de servicios relacionados al mismo tiempo, la red de Humana no dispone de todos los servicios y recibir los servicios por separado pondría su salud en riesgo,
- Tiene un problema médico complejo y hay otro plan de salud que puede servirle mejor,
- Usted ha presentado y ganado una queja formal sobre mala calidad de cuidados, falta de acceso a servicios que debemos proporcionar, falta de acceso a proveedores con experiencia en sus necesidades, o cualquier otro problema que respalde la desafiliación,
- Usted se afilió por error, y
- Necesita servicios que Humana Healthy Horizons in Oklahoma no proporciona por motivos morales o religiosos.

Si tiene un motivo válido para desafiliarse de Humana, usted debe presentar su solicitud utilizando el proceso de queja formal. Revisaremos la solicitud en un plazo de 10 días contados a partir de la fecha que presentó la queja formal. Si no está satisfecho/a con la decisión de desafiliación, enviaremos la solicitud a la Autoridad de Cuidados de la Salud de Oklahoma para que tome la decisión final.

Humana Healthy Horizons in Oklahoma no niega la cobertura para servicios o beneficios por objeciones morales o religiosas.

Puede ser inelegible para SoonerSelect

Es posible que tenga que salirse de Humana si usted:

- Ya no es elegible para Medicaid. Si deja de ser elegible para Medicaid, es posible que se interrumpan todos los servicios de inmediato.
- Empieza a recibir Medicare.

- Transición a un grupo de elegibilidad que no participa en SoonerSelect.
- Se convierte en un niño acogido bajo custodia del estado.
- Ingresa en un centro de menores del sistema judicial bajo la custodia del estado.
- Ingresa como preso en una institución pública.
- Comete fraude o proporciona información fraudulenta.
- Lo ordena una corte u oficial de audiencias.

Le podemos pedir que deje humana

También puede perder su afiliación en Humana si usted:

- Abusa o perjudica a afiliados, proveedores o personal del plan de salud.
- Se afilió por error.
- Tiene un problema médico complejo y hay otro plan de salud que puede servirle mejor.
- No completa los formularios con honestidad o no proporciona información verdadera. Esto se considera fraude.

Instrucciones anticipadas

Es posible que haya un momento en el que usted no pueda manejar su propio cuidado de la salud y un familiar u otra persona cercana esté tomando decisiones en su nombre. Al planificar por adelantado, puede expresar ahora sus deseos. Las instrucciones anticipadas son un conjunto de instrucciones que da sobre los cuidados de salud mental y médicos que quiere si alguna vez pierde la capacidad de tomar decisiones por sí mismo/a. Por ejemplo, algunas personas no quieren que las conecten a máquinas de soporte vital si entran en coma.

La realización de instrucciones anticipadas es su elección. Si es incapaz de tomar sus propias decisiones y no tiene instrucciones anticipadas, su médico o proveedor de la salud del comportamiento consultarán con alguien cercano a usted sobre su cuidado. Se recomienda encarecidamente hablar sobre sus deseos de tratamiento médico y para la salud del comportamiento con su familia y sus amigos, ya que esto ayudará a asegurarse de que reciba el nivel de tratamiento que quiere si ya no puede informar a su médico u otro proveedor de salud del comportamiento o física sus deseos. Sus instrucciones anticipadas, sin importar el tipo, se deben entregar a su proveedor de cuidado primario (PCP) y su coordinador de cuidado de la salud de Humana.

Oklahoma tiene tres formas para que usted haga las instrucciones anticipadas formalmente. Estas incluyen testamentos en vida, poder legal para cuidado de la salud e instrucciones anticipadas para tratamiento de salud mental.

Testamento en vida

En Oklahoma, un testamento en vida es un documento legal que informa a otros si quiere o no quiere morir de forma natural si usted:

- Se enferma de manera incurable con una afección irreversible que provocará su muerte en un breve período de tiempo.
- Está inconsciente y su médico determina que es muy improbable que vuelva a recuperar la consciencia.
- Tiene demencia avanzada o una enfermedad similar que provoque una pérdida cognitiva importante y es muy improbable que la enfermedad revierta.

En el testamento en vida, puede indicar a su médico que no use determinados tratamientos que prolonguen la vida, tal como una máquina para respirar (llamada "respirador" o "ventilador") o que deje de administrarle comida y agua a través de una sonda nasogástrica.

Un testamento en vida entrará en vigor solo cuando su médico y otro doctor determinen que cumple una de las condiciones que se especifican en el testamento en vida. Se recomienda encarecidamente hablar de sus deseos con la familia, amigos y su médico ahora para que puedan ayudar a asegurarse de que reciba el nivel de cuidado que quiere al final de su vida.

Poder legal para el cuidado de la salud

Un poder legal para el cuidado de la salud es un documento legal en el cual usted puede designar a una o más personas como sus agentes para el cuidado de la salud con el fin de que tomen decisiones médicas y de salud del comportamiento por usted durante el tiempo que usted elija, cuando usted no pueda decidir por sí mismo. Siempre puede decir qué tratamientos médicos o de salud del comportamiento va a querer y cuáles no. Debe elegir a un adulto de su confianza para que sea su agente de cuidado de la salud. Analice sus deseos con las personas que quiere que sean sus agentes antes de ponerlos por escrito. Su poder legal elegido tendrá permiso para acceder a su información médica y expediente médico, durante el tiempo que esa persona se haya designado, hasta su fallecimiento.

Una vez más, siempre es útil analizar los deseos con la familia, los amigos y el médico. Un poder legal para el cuidado de la salud entrará en vigor cuando un médico indique por escrito que usted no puede tomar o comunicar sus decisiones de cuidado de la salud. Si debido a creencias morales o religiosas no quiere que un médico tome esta determinación, la ley ofrece un proceso para que lo haga una persona que no sea un médico.

Instrucciones anticipadas para tratamiento de salud mental

Las instrucciones anticipadas para tratamiento de salud mental es un documento legal que informa a médicos y proveedores de salud mental

qué tratamientos de salud mental querría y qué tratamientos no querría si en un futuro no puede decidir por sí mismo/a. También se puede utilizar para designar a una persona para que actúe como tutor si se inician los procedimientos de custodia. Sus instrucciones anticipadas para tratamiento de salud del comportamiento pueden ser un documento separado o combinado con un poder legal para cuidado de la salud o un poder legal general. Un médico o proveedor de salud del comportamiento puede seguir las instrucciones avanzadas para salud del comportamiento cuando su médico o un psicólogo elegible determinen por escrito que usted ya no puede tomar ni comunicar decisiones sobre la salud del comportamiento.

Puede cambiar de opinión y cambiar estos documentos en cualquier momento. Podemos ayudarle a comprender u obtener estos documentos. Estos no cambian su derecho a recibir beneficios de cuidado de la salud. El único propósito es que los demás sepan lo que quiere si no puede hablar por su cuenta. Hable con su proveedor de cuidado primario (PCP) o llame a Servicios para afiliados al número gratuito **855-223-9868 TTY: 711**, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro, si tiene preguntas sobre las instrucciones anticipadas.

Fraude, malgasto y abuso

Si sospecha que alguien está cometiendo fraude de Medicaid, repórtelo. Algunos ejemplos de fraude a Medicaid incluyen (entre otros):

- Una persona no informa todos los ingresos u otro seguro de salud cuando presente su solicitud para Medicaid.
- Una persona que no recibe Medicaid utiliza la tarjeta de un afiliado de Medicaid con o sin autorización del afiliado.
- La factura de un médico o clínica por servicios que no se proporcionaron o que no eran necesarios por razones médicas.

Puede informar los casos sospechosos de abuso y fraude de cualquiera de las siguientes formas:

- Llame a la línea de consejos por fraude, malgasto y abuso del programa al número gratuito 800-614-4126, 24 horas al día, los 7 días de la semana.
- Llame a la línea de fraude de la oficina del inspector general de EE. UU. al número gratuito 800-HHS-TIPS (800-447-8477).

Números de teléfono importantes

- Servicios para afiliados al número gratuito **855-223-9868 TTY: 711**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro.
    - Si tiene preguntas sobre los servicios de receta, llame a Servicios para afiliados para obtener ayuda.

- Oklahoma Mental Health Lifeline (Línea directa de apoyo para la salud mental de Oklahoma), disponible las 24 horas, **988**
- Línea de enfermería, disponible las 24 horas, al número gratuito **800-854-6619 TTY: 711**
- Línea de ayuda de SoonerCare, al número gratuito **800-987-7767**
- La línea de Servicio de proveedores del plan, al número gratuito **855-223-9868 TTY: 711**
- Servicios de apoyo de coordinación del cuidado de la salud, al número gratuito **855-223-9868 TTY: 711**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro (horario de atención)
    - Llame a este número de teléfono si tiene preguntas sobre coordinación del cuidado de la salud
- Línea de servicios legales gratuita, al número gratuito **405-521-3638**
- Número de teléfono del Registro de instrucciones anticipadas para el cuidado de la salud, al número gratuito **855-223-9868 TTY: 711**
- Línea de consejos por fraude, malgasto y abuso de Medicaid en OK, al número gratuito **800-614-4126**
- Línea de auditor estatal por malgasto, al número gratuito **405-521-3495**
- Línea de fraude de la oficina del inspector general de EE. UU., al número gratuito **800-HHS-TIPS** o **800-447-8477**

Manténganos informados

Llame a Servicios para afiliados al número gratuito **855-223-9868 TTY: 711**, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro cuando ocurran estos cambios en su vida:

- Tuvo un cambio en la elegibilidad para Medicaid.
- Queda embarazada o da a luz.
- Hay un cambio en la cobertura de Medicaid para usted o sus hijos.
- Alguien en su casa pasa a custodia del estado.
- Empieza a recibir Medicare.
- Se muda.

Información adicional

Llame a Servicios para afiliados si desea obtener información sobre la estructura y el funcionamiento de Humana Healthy Horizons in Oklahoma, los planes de incentivos para médicos y las políticas de utilización de los servicios.

PARTE IV: Información sobre salud y bienestar

Otros programas que le ayudarán a mantenerse saludable

Humana Healthy Horizons in Oklahoma quiere ayudarle a usted y a su familia

para estar y mantenerse saludable. Si quiere dejar de fumar o acaba de ser mamá y quiere aprender más sobre cómo alimentar mejor a su bebé, podemos ayudar a conectarle con el programa adecuado para recibir apoyo.

Llame a Servicios para afiliados al número gratuito **855-223-9868**, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro, para obtener más información.

- Servicios para dejar de fumar (apoyo para ayudarlo a dejar de fumar, vapear o “dipping”).
- SoonerSelect, el programa de intervención temprana de Oklahoma, está diseñado para satisfacer las necesidades de familias con lactantes o niños pequeños (desde el nacimiento hasta los 3 años de edad) con retrasos en el desarrollo o discapacidades de conformidad con la Ley de Educación de Personas con Discapacidades (IDEA, por sus siglas en inglés). El programa se basa y ofrece apoyo y recursos para ayudar a los miembros de la familia a mejorar el aprendizaje y desarrollo del lactante o niño pequeño a través de oportunidades de aprendizaje diario.

Programa de maternidad

Nuestro programa de maternidad ayuda a las afiliadas embarazadas durante y después de un embarazo. Este programa puede ayudarle con lo siguiente:

- Apoyo adicional de un profesional de enfermería
- Recursos de embarazo y planificación familiar
- Acceso a un programa de recompensas saludable

Llame a Servicios para afiliados al número gratuito **855-223-9868 TTY: 711**, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro para obtener más información y para afiliarse en nuestro programa de maternidad.

Programa para dejar el tabaco

Si fuma o utiliza otros productos de tabaco, Humana Healthy Horizons in Oklahoma puede ayudarle a dejar ese hábito. Dejar de fumar es una de las medidas más importantes que puede tomar para mejorar su salud y la salud de sus seres queridos. ¡No tiene ninguna razón para hacerlo solo! Le proporcionaremos recursos para apoyarle en su compromiso de dejar de fumar y recompensas para mantenerlo motivado.

Con el Programa para Dejar de Fumar, usted trabaja con una línea estatal para dejar de fumar por teléfono para dejar de fumar o vapear

Los afiliados mayores de 18 años ganan lo siguiente:

- $25 por completar tres conversaciones
- $25 por completar el curso

Los afiliados de 13 a 17 años de edad ganan lo siguiente:*

- $25 por completar un programa juvenil autoguiado en línea:

La terapia de reemplazo de nicotina está disponible para afiliados mayores de 18 años a través de la línea para dejar de fumar.

Para comenzar:

- Visite www.okhelpline.com y regístrese
- Seleccione SoonerSelect Humana Healthy Horizons® of Oklahoma e ingrese su número de identificación de afiliado
- Complete el programa y gane recompensas

* Esta recompensa está disponible para menores de 13 a 17 años con el consentimiento de los padres o tutores. El padre/tutor debe presentar un certificado de prueba de finalización para ser recompensado.

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 medidas saludables.

Los afiliados de Humana Healthy Horizons in Oklahoma pueden participar en Go365 for Humana Healthy Horizons completando actividades saludables elegibles y obteniendo recompensas.

Para empezar a ganar recompensas hoy mismo:

- Descargar en un dispositivo móvil la aplicación Go365 for Humana Healthy Horizons desde **iTunes/Apple Shop** o **Google Play**.
- **Registre una cuenta** en la aplicación e inicie sesión. Si está registrado en **MyHumana.com**, puede usar la misma información de inicio de sesión en la aplicación. Si se registra por primera vez, los tutores **con o sin** una cuenta de MyHumana deben registrarse con sus credenciales de cuenta de afiliado/cuidador adulto.
- Los tutores (con o sin cobertura de Humana) deben registrarse con su nombre para añadir a menores. Al registrarse, ingrese la información del menor exactamente como aparece en los registros de Humana, incluida la identificación de afiliado y los datos demográficos del menor (nombre, fecha de nacimiento, dirección, etc.). Cuando corresponda, cargue

documentos que demuestren su relación con el menor. La aplicación le solicitará los documentos requeridos y los tipos de archivos aceptados.

- Seleccione una actividad para comenzar, ¡y listo!

Gane recompensas activando su cuenta de Go365 for Humana Healthy Horizons y completando una o más de las actividades saludables que se muestran en la siguiente tabla:

Actividad	Criterios de recompensa	Cantidad de recompensa
Consulta de bienestar anual	Completar una consulta de bienestar anual con un médico de cuidado primario (PCP). Disponible para afiliados de tres años de edad en adelante.	**$25 de recompensa** por año
Consulta de seguimiento de salud del comportamiento	Realizar una consulta de seguimiento dentro de los 30 días posteriores al alta hospitalaria por un diagnóstico de salud del comportamiento. Disponible para todos los afiliados.	**$25 de recompensa** por año
Prueba de detección de cáncer de mama	Hacerse una mamografía. Disponible para afiliadas de 40 años de edad en adelante.	**$25 de recompensa** por año
Prueba de detección de cáncer de cuello uterino	Realizarse una prueba de detección de cáncer de cuello uterino como parte de una prueba de Papanicolaou de rutina. Disponible para afiliadas de 21 años de edad en adelante.	**$25 de recompensa** por año
Prueba de detección de clamidia	Hacerse una prueba de detección de clamidia cuando esté sexualmente activa o según lo recomiende el proveedor de cuidado de la salud. Disponible para todas las afiliadas.	**$25 de recompensa** por año
Prueba de detección de cáncer colorrectal	Hacerse una prueba de detección de cáncer colorrectal según la recomendación de su PCP. Disponible para afiliados de 45 años de edad en adelante.	**$25 de recompensa** por año
Examen ocular de retina para pacientes diabéticos	Hacerse un examen ocular de la retina. Disponible para los afiliados de 18 años en adelante que tengan un diagnóstico de diabetes.	**$25 de recompensa** por año

Actividad	Criterios de recompensa	Cantidad de recompensa
Prueba de detección de la diabetes	Hacerse una prueba de detección anual de presión arterial y HbA1c con su PCP. Disponible para los afiliados de 18 años en adelante que tengan un diagnóstico de diabetes.	**$25 de recompensa** por año
Incorporación digital	Descargue la aplicación Go365 for Humana Healthy Horizons y actualice sus preferencias de comunicación. Disponible para todos los afiliados.	**$5 de recompensa** de por vida
Vacuna contra la influenza	Vacunarse contra la influenza y, si se la administra alguien que no es médico o se la aplican en una farmacia, subir una foto para la documentación en la aplicación Go365. Disponible para todos los afiliados.	**$25 de recompensa** por año
Prueba de detección de riesgos para la salud (HRS, por sus siglas en inglés)	Debe completarse en los 30 días posteriores a la afiliación en Humana Healthy Horizons. La HRS se puede realizar de cuatro maneras: 1. Completarla a través de la aplicación Go365 for Humana Healthy Horizons. 2. Completar la HRS y enviarla de vuelta en el sobre incluido en su kit de bienvenida, o 3. Llame al **855-223-9868 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora del centro. 4. Cree una cuenta en MyHumana, complete y envíe la HRS en línea. Disponible para todos los afiliados.	**$20 de recompensa** por año
Consulta de seguimiento después del cuidado de alta intensidad por el trastorno por consumo de sustancias	Realizar una consulta de seguimiento dentro de los siete días posteriores al alta por cuidado para pacientes hospitalizados, tratamiento residencial o desintoxicación. Disponible para todos los afiliados.	**$25 de recompensa** por año

Actividad	Criterios de recompensa	Cantidad de recompensa
Vacuna contra el virus del papiloma humano (HPV, por sus siglas en inglés)	Se deben aplicar las dos dosis para recibir recompensas. Disponible para afiliados de 9 a 13 años.	**$50 de recompensa** de por vida
Consulta posparto	Asistir a una consulta posparto dentro de los 7 a 84 días posteriores al parto. Disponible para afiliadas.	**$25 de recompensa** por embarazo
Consultas prenatales	Asistir a un máximo de 10 consultas prenatales. Las afiliadas ganan $10 por visita, hasta $100. Disponible para mujeres embarazadas.	**$10 de recompensa** por consulta, hasta 10 consultas, máximo de $100 por embarazo
Programa para dejar de fumar para adultos (mayores de 18 años)	Póngase en contacto por teléfono con una línea de ayuda estatal para dejar de fumar o vapear. Los afiliados mayores de 18 años ganan lo siguiente: • $25 por completar tres conversaciones • $25 por completar el curso La terapia de reemplazo de nicotina está disponible para afiliados mayores de 18 años a través de la línea de ayuda para dejar de fumar. Para comenzar: • Visite el sitio web de la línea de ayuda Oklahoma Tobacco Helpline e inscríbase • Seleccione SoonerSelect Humana Healthy Horizons® of Oklahoma e ingrese su identificación de afiliado. • Complete el programa y gane recompensas	**$50 de recompensas** por año

Actividad	Criterios de recompensa	Cantidad de recompensa
Programa para dejar de fumar para menores* **(13 a 17 años)**	Póngase en contacto por teléfono con una línea de ayuda estatal para dejar de fumar o vapear. Afiliados de 13 a 17 años de edad: • Gane $25 por completar un programa juvenil autoguiado en línea: Para comenzar: • Visite el sitio web de la línea de ayuda Oklahoma Tobacco Helpline e inscríbase • Seleccione SoonerSelect Humana Healthy Horizons® of Oklahoma e ingrese su identificación de afiliado • Complete el programa y gane recompensas	**$25 de recompensa** por año
Consulta de bienestar infantil (de 0 a 15 meses)	Completar una consulta de bienestar con un pediatra. Disponible para afiliados de 0 a 15 meses.	**$10 de recompensa** por consulta, hasta seis consultas, máximo de $60 por año
Consultas de bienestar infantil (de 16 a 30 meses)	Completar una consulta de bienestar con un pediatra. Disponible para afiliados de 16 a 30 meses.	**$10 de recompensa** por consulta, hasta dos consultas; máximo de $20 por año

* Esta recompensa está disponible para menores de 13 a 17 años con el consentimiento de los padres o tutores. El padre/tutor debe presentar un certificado de prueba de finalización para ser recompensado.

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

Después de completar cualquiera de las actividades saludables mencionadas anteriormente, haga lo siguiente:

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

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

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

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

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

Cuenta MyHumana

Su cuenta MyHumana es una cuenta en línea privada y personal que puede ayudarle a aprovechar al máximo su experiencia de afiliado. Su cuenta incluye información clave de cobertura y herramientas y recursos útiles para los afiliados.

Puede acceder a su cuenta MyHumana en un dispositivo móvil o en una computadora de escritorio de la siguiente manera:

- Vaya a es-www.humana.com/login.
- Ingrese su nombre de usuario y contraseña.

¿Necesita registrarse en MyHumana?

- Visite es-www.humana.com/registration.
- Siga las indicaciones para crear una cuenta, un nombre de usuario y una contraseña.

Tenga en cuenta: Puede usar el mismo nombre de usuario y contraseña para MyHumana y Go365 for Humana Healthy Horizons.

Mejora de la calidad

Su cuidado significa mucho para nosotros. El plan tiene como objetivo marcar una diferencia duradera en su vida al mejorar su salud y bienestar a través de los últimos servicios de salud y vida.

Contamos con un Programa de Mejora de la Calidad (QI, por sus siglas en inglés) que tiene como objetivo:

- Mejorar la salud de todos los afiliados
- Asegurar experiencias y resultados positivos de los afiliados, y
- Reducir el costo de los cuidados para beneficio de todos

Los objetivos y el propósito de nuestro Programa de QI son:

- Organizar el cuidado
- Promover el valor
- Asegurar el rendimiento y la eficacia continuas
- Mejorar la calidad y seguridad de los servicios y cuidados clínicos y no clínicos

Trabajamos para:

- Cumplir los estándares nacionales de calidad
- Recibir un alto grado de satisfacción de clientes y proveedores. y
- Lograr excelentes resultados de salud en los afiliados

Nuestro Programa de QI lleva a cabo las siguientes actividades:

- Evaluar las necesidades únicas de los afiliados
- Evaluar la disponibilidad de proveedores para los afiliados en cada una de las regiones del estado
- Cumplir los estándares nacionales de calidad
- Garantizar que el Plan atienda eficazmente a los afiliados con necesidades de salud complejas
- Garantizar que el Plan atienda eficazmente a los afiliados con diversas necesidades culturales y lingüísticas
- Establecer prácticas clínicas seguras con todos nuestros proveedores
- Manejar toda la calidad del cuidado y las quejas sobre la calidad del servicio

- Proporcionar supervisión de la calidad de todos los servicios clínicos
- Satisfacer los requisitos de calidad de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés)
- Monitorear y evaluar la satisfacción de afiliados y proveedores

Para obtener más información sobre el programa QI, llame a Servicios para Afiliados o consulte nuestro sitio web.

ACE de seguros Aviso sobre prácticas de privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE.

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

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

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

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

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

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

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

- Limitar las personas que pueden ver su información
- Limitar la forma en que utilizamos o divulgamos su información
- Informarle de obligaciones legales con respecto a su información
- Capacitar a nuestros empleados sobre nuestro programa y procedimientos de privacidad

¿Cómo usamos y divulgamos su información?
Usamos y divulgamos su información:

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

Tenemos derecho a utilizar y divulgar su información:

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

– continúa en la página siguiente

- Para prestar asistencia en actividades de mitigación de desastres.
- Para programas de cumplimiento y actividades de supervisión de la salud.
- Para cumplir nuestras obligaciones en virtud de una ley o contrato de compensación laboral.
- Para contrarrestar una amenaza grave e inminente para su salud o seguridad o para la salud y seguridad de otros.
- Con fines de investigación en circunstancias limitadas y siempre que se hayan tomado las medidas apropiadas para proteger su privacidad.
- Para obtención, almacenamiento o trasplante de órganos, ojos o tejido.
- A un juez de instrucción, examinador médico o director funerario.

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

- Algunas leyes federales y estatales pueden restringir el uso y la divulgación de cierta información de salud confidencial, como la siguiente: Trastorno de farmacodependencia; información biométrica; abuso o negligencia de niños o adultos, incluida la agresión sexual; enfermedades contagiosas; información genética; Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA); salud mental; salud reproductiva; y enfermedades de transmisión sexual.
- Información sobre salud reproductiva: No utilizaremos ni divulgaremos información para llevar a cabo una investigación sobre la identificación (o el intento de imponer responsabilidades) a ninguna persona por el acto de buscar, obtener, proporcionar o facilitar cuidado de la salud reproductiva legal. En respuesta a la solicitud de una agencia gubernamental (u otra persona) de información que pueda estar relacionada con el cuidado de la salud reproductiva, la persona que realiza la solicitud debe brindar una declaración firmada en la que certifique que el propósito de la solicitud no infringe la prohibición de divulgar información sobre el cuidado de la salud reproductiva.

¿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 las instancias en las que no obtiene cobertura a través de nosotros. Después del período de retención legal obligatorio, la información se destruye siguiendo procedimientos estrictos para mantener la confidencialidad.

¿Cuáles son mis derechos con respecto a mi información?
Nuestro compromiso es responder a su solicitud de derechos de manera oportuna.

- Acceso: usted tiene derecho a revisar y obtener una copia de su información que pueda utilizarse para tomar decisiones sobre usted. También tiene derecho a recibir un resumen de dicha información de salud. Tal como lo exigen las leyes aplicables, pondremos esta información personal a su disposición o a disposición de su representante designado.
- Decisión adversa de evaluación de riesgo: si rechazamos su solicitud de seguro, tiene derecho a que se le brinde una razón para la denegación.
- Comunicaciones alternativas: para evitar una situación que ponga en peligro su vida, tiene derecho a recibir su información de una manera diferente o en un lugar diferente. Nos adaptaremos a su solicitud, si esta es razonable.
- Enmienda: usted tiene derecho a solicitar la corrección de cualquiera de estos datos personales mediante enmienda o eliminación. En un plazo de 60 días hábiles a partir de la recepción de su solicitud por escrito, le notificaremos nuestra enmienda o eliminación de la información en disputa, o de nuestra negativa a realizar tal corrección después de más investigaciones.
  Si nos negamos a enmendar o eliminar la información en disputa, usted tiene derecho a enviarnos una declaración por escrito de los motivos de su desacuerdo con nuestra evaluación de la información en disputa y lo que usted considera como la información correcta. Pondremos dicha declaración a disposición de todas las partes que revisen la información en 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 6 años. Si solicita esta lista más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle un cargo razonable según los costos.
- Aviso: Tiene derecho a solicitar y obtener una copia por escrito de este aviso en cualquier momento.
- Restricción: Tiene derecho a pedir que se limite la forma en que se utiliza o divulga su información. No estamos obligados a aceptar esta limitación, pero si lo hacemos acataremos nuestro acuerdo. También tiene derecho a aceptar o dar por finalizada una limitación presentada previamente.

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

– continúa en la página siguiente

ACE de Seguros Aviso sobre prácticas de privacidad (continuación)

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

Nuestras responsabilidades

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

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

GN14474HH_SP 01/25

¿Cómo puedo ejercer mis derechos u obtener una copia de este aviso? Todos sus derechos de privacidad se pueden ejercer a través de los formularios aplicables. Puede obtener cualquiera de los formularios de las siguientes maneras:

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

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

Información regulatoria específica del estado

Como parte de su plan de Humana, consulte la siguiente información regulatoria específica del estado que estamos obligados a compartir con usted.

California: Solicitud de comunicación confidencial sobre servicios dentales y oftalmológicos

Usted tiene derecho a solicitar, y nosotros atenderemos las solicitudes de comunicación confidencial en la forma y el formato que usted solicite, siempre que sea posible producirla en la forma y el formato solicitados, o en ubicaciones alternativas. La solicitud de comunicación confidencial se aplica a todas las comunicaciones que revelen información médica o el nombre y la dirección del proveedor relacionados con la recepción de servicios médicos por parte de la persona que solicita la comunicación confidencial. Para realizar una solicitud de comunicación confidencial, llame al número de Atención al cliente que figura al reverso de su tarjeta de identificación del afiliado de Humana.

California: Acceso oportuno al cuidado dental

Para los servicios dentales, los proveedores de nuestra red deben tener disponibilidad de citas dentro de los plazos especificados:

- Citas urgentes: en un plazo de 72 horas, cuando sea coherente con sus necesidades individuales y lo exijan las normas generalmente aceptadas.
- Citas no urgentes: en un plazo de 36 días hábiles a partir de la solicitud de cita.
- Citas de atención preventiva: en un plazo de 40 días hábiles a partir de la solicitud de cita.

Si llama al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación del afiliado de Humana, un representante de Atención al Cliente le atenderá en un plazo de 10 minutos durante el horario laboral habitual.

GCHMAAZSP 01/25

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

Si tiene dificultades para comunicarse con su proveedor durante la cita, le proporcionaremos servicios de interpretación por teléfono o en persona, sin costo alguno. Para obtener asistencia, llame al número que aparece al reverso de su tarjeta de identificación del afiliado de Humana.

Ohio: Aviso sobre la transmisión electrónica de seguros

Puede ver su Política o Certificado en cualquier momento en **es-www.humana.com**. También puede solicitar que se le envíe una copia impresa por correo sin costo llamando a Atención al cliente al **866-427-7478** o al número que figura al reverso de su tarjeta de identificación del afiliado de Humana.

Texas: Acceso a la lista de proveedores de la red para servicios dentales y para la vista

La ley de Texas exige a Humana que le informe sobre cómo encontrar una lista de proveedores de la red de Humana (a veces denominada directorio de proveedores). Puede utilizar nuestro directorio de búsqueda en línea, **Finder.Humana.com,** para acceder rápidamente y localizar un proveedor contratado por Humana, como un dentista, un proveedor de cuidado de la vista o un especialista. Nuestro directorio de búsqueda en línea se actualiza diariamente. El uso de proveedores contratados por Humana es una forma de ahorrar dinero en gastos de desembolso personal. Para obtener ayuda o solicitar que se le envíe por correo una lista impresa de proveedores sin costo alguno: llame al número de Atención al cliente que figura al reverso de su tarjeta de identificación del afiliado de Humana; llame al **800-448-6262 (TTY: 711)** si su plan es a través de su empleador; o llame al **866-537-0232 (TTY: 711)** si compró un plan individual o familiar directamente a Humana. Si compró un plan individual o familiar de Humana Extend que incluye beneficios de audición, llame a TruHearing al **855-636-7973 (TTY: 711)** para recibir asistencia y encontrar un proveedor de servicios de audición.

Aviso de no discriminación

Humana Inc. y sus subsidiarias cumplen con las leyes aplicables de Derechos civiles federales y no discriminan ni excluyen a las personas por motivos de raza, color de la piel, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud. Humana Inc.:

- Brinda a las personas con discapacidades modificaciones razonables, junto con recursos y servicios auxiliares gratuitos y adecuados para comunicarse eficazmente con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes acreditados de lengua de señas
  - Información por escrito en otros formatos (letra de imprenta grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Brinda servicios gratuitos de asistencia lingüística para personas cuyo idioma principal no es el español, que pueden incluir lo siguiente:
  - Intérpretes acreditados
  - Información por escrito en otros idiomas

Si necesita modificaciones razonables, ayudas auxiliares adecuadas o servicios de asistencia lingüística, comuníquese al **855-223-9868 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora central. Si cree que Humana Inc. no ha provisto estos servicios o ha discriminado por motivos de raza, color de la piel, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud, puede presentar una queja formal en persona, por correo postal o por correo electrónico al Coordinador de No Discriminación de Humana Inc. en P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, al **855-223-9868 (TTY: 711)**, o a **accessibility@humana.com**. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de no discriminación de Humana Inc. puede ayudarle.

También puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., por medios electrónicos a través del Portal de Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**, o por correo postal o teléfono a:

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

Este aviso está disponible en **es-www.humana.comOklahomaDocuments**.

Humana Healthy Horizons in Ohio es un producto de Medicaid de Humana Health Plan of Ohio, Inc.

OKHMEDYSP_Approved

Oficina de Quejas Formales y Apelaciones
FORMULARIO PARA DESIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE

_____ _____

Nombre del afiliado **Número de identificación del afiliado**

_____

Número de referencia

El afiliado deberá completar esta sección.

Elijo a _____ para actuar en mi representación.

(Aquí se escribe el nombre del tutor o representante legal).

√ Mi tutor o representante legal tiene libertad absoluta para discutir sobre mis servicios médicos.

√ Mi tutor o representante legal puede tener acceso a todos los documentos directamente relacionados con mi caso.

_____ _____

El afiliado firma aquí. **Fecha**

Dirección: _____ **Número de teléfono:** _____

_____

_____

El tutor o representante legal debe completar esta sección.

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

Acepto abogar o representar a _____.

(El nombre del afiliado va aquí.)

_____ _____

El tutor legal o representante debe firmar aquí. **Fecha**

Dirección: _____ **Número de teléfono:** _____

_____

_____

¿Tiene preguntas?

Llame a Servicios para afiliados al 855-223-9868 (TTY: 711) de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. hora estándar central











Humana

Healthy Horizons®
in Oklahoma

OKHM3Z6SP