



Manual para Afiliados de Humana Healthy Horizons in Oklahoma

Año del plan 2025

Fecha de vigencia: 4/1/24



CREADO el 9/5/2023

Sooner**Select**

MANUAL PARA LOS AFILIADOS

Humana Healthy Horizons in Oklahoma

Abril de 2024

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 central.

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

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

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

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

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

tsalagi gawonihisdi (Cherokee) ᑕᐅᐁᓪᓴ ᑕᐃᑦᑦ ᑭᐱᑦᑕᐱ ᐱᐱᐃᓪᓴ ᑕᐱ ᐃᐱᐃ ᑭᐱᐱᐱᐃᑦᑦ ᐃᐱᓪᓴᑭᐱ ᐱᑕᐱᓪᓴᐱᑦ.

فارسی (Farsi). دیر یگس امت قوفه ر امشد این ناگیار ت ر و صدی نایز ت لایهست فایردی ارب

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

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

Su Humana Healthy Horizons in Oklahoma

Guía de referencia rápida

QUIERO:	PUEDO COMUNICARME CON:
Buscar un médico, especialista o 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 central.
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 central.
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 central.
Obtener ayuda para ir y regresar de las citas con mi médico.	Servicios para afiliados al número gratuito 855-223-9868, TTY: 711, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora central. 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, síntomas o 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 que recibí por correo de mi plan de salud. Presentar una queja formal sobre mi plan de salud. Recibir ayuda con un cambio reciente o la denegación 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 central.
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.	Visitar el sitio web de mi plan en Humana.com/healthyOklahoma 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 central.
---	--

Palabras clave utilizadas en este manual

A medida que lea 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.

Instrucciones anticipadas: un conjunto de instrucciones que da sobre los cuidados de 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.

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

Indio americano/nativo de Alaska (IA/NA): 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 IA/NA para referirse a esta población.

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.

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.

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).

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

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 prescripción.

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.

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).

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

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

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

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

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.

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.

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.

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

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.

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.

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.

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.

Cuidado hospitalario ambulatorio: 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).

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

Proveedor de cuidado de la salud indígena (IHCP, por sus siglas en inglés): un programa de cuidados para 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 indio americano o nativo de Alaska (IA/NA) puede seleccionar un IHCP como su proveedor de cuidado primario.

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.

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.

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

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

Servicios del 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.

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.

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

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

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, por sus siglas en inglés) (específico para usted): el proveedor médico que se encarga y coordina todas sus necesidades médicas, incluidos referidos y autorizaciones previas. A menudo, su PCP suele ser la primera persona con la que debe comunicarse si necesita cuidado médico. Su PCP puede ser un médico, incluido un(a) obstetra/ginecólogo(a), un/a enfermero/a especializado/a, un asistente médico o una enfermera partera certificada. Si es una persona que es indio americano o nativo de Alaska (IA/NA), puede elegir un proveedor indio de cuidado de la salud como su PCP.

Autorización previa (AP) (o aprobación previa): la aprobación necesaria de su plan antes de que pueda recibir determinados medicamentos o servicios de cuidado de la salud.

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

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.

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

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

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

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 30 días.

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.

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

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).

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

Le damos la bienvenida a Humana Healthy Horizons in Oklahoma

SoonerSelect

Guía de referencia rápida	5
Palabras clave utilizadas en este manual	6
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 usar este manual	15
Ayuda de Servicios para los Afiliados	15
Otras formas mediante las que podemos ayudar	16
Horario de atención	16
Recursos y servicios auxiliares	17
Cómo convertirse en afiliado del programa SoonerSelect	18
Cómo convertirse en afiliado de Humana	18
Su Tarjeta de Identificación del Plan de Salud	18
PARTE I: LO PRIMERO QUE DEBE SABER	20
Cómo elegir su PCP	20
Cómo cambiar su PCP	21
Cómo obtener Cuidado de la Salud Regular	21
Telesalud	24
Proveedores fuera de la red	25
Obtenga estos servicios sin un referido	26
Emergencias	26
Cuidado de Urgencia	27
Cuidados fuera de Oklahoma	28
PARTE II: SUS BENEFICIOS	29
Cómo sabe si es un adulto con expansión o sin expansión	29

Beneficios.....	29
Servicios dentales.....	30
Servicios cubiertos por la red de Humana	30
Farmacia	39
Copago	40
Servicios para la salud del comportamiento (servicios para trastornos por farmacodependencia y salud mental)	40
Otros servicios cubiertos	43
Servicios de transporte	51
Apoyo adicional para manejar su salud	52
Ayuda con problemas más allá del cuidado médico.....	52
Servicios de coordinación y asistencia del cuidado de la salud	53
Coordinación del cuidado de la salud para casos complejos	54
Transiciones de cuidado	54
Servicios de maternidad Humana Care Beginnings	55
Beneficio para pruebas de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT, por sus siglas en inglés)	55
Programa de consultas de salud infantil	56
Servicios sin cobertura.....	57
Otros servicios sin cobertura	57
Si recibe una factura.....	57
PARTE III: PROCEDIMIENTOS DEL PLAN.....	59
Programa del período sin cambios de farmacia	59
Autorización previa y determinaciones	59
Solicitudes de autorización previa para niños menores de 21 años	59
¿Qué sucede después de que recibimos su solicitud de autorización previa?	59
Autorización previa y plazos	60
Cómo puede ayudar con las políticas del plan de salud	61
Apelaciones.....	61
Más información para apelaciones	62
Nuestra decisión sobre su apelación	63
Su cuidado mientras espera una decisión sobre su apelación.....	63

Audiencias imparciales estatales	63
Su cuidado mientras espera una decisión sobre su audiencia imparcial estatal	64
Cómo solicitar una audiencia imparcial estatal	64
Si tiene problemas con su plan de salud	65
Si no está satisfecho/a con su plan: Cómo presentar una queja formal	66
Su cuidado cuando cambia de plan de salud o de médico (transición del cuidado)	66
Derechos y responsabilidades de los afiliados	67
Sus derechos	67
Sus responsabilidades	68
Opciones de desafiliación	69
Si desea salir del plan	69
Puede ser inelegible para SoonerSelect	70
Le podemos pedir que deje Humana	70
Instrucciones anticipadas	70
Testamento en vida	71
Poder notarial para cuidado de la salud	71
Instrucciones anticipadas para tratamiento de salud mental	72
Fraude, malgasto y abuso	72
Números de teléfono importantes	73
Manténganos informados	73
Información adicional	74
PARTE IV: INFORMACIÓN SOBRE SALUD Y BIENESTAR	75
Otros programas para ayudarlo a mantenerse sano	75
Programa de maternidad	75
Programa para dejar de fumar	75
Go365 for Humana Healthy Horizons	76
Descargos de responsabilidad	80
Cuenta de MyHumana	80
Mejoramiento de la calidad	81
Aviso sobre Prácticas de privacidad	82
Formulario de designación de representante	85

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 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora central o visite nuestro sitio web en 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, por sus siglas en inglés) 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 de la salud en el hogar 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 visitar nuestro sitio web en 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 la oficina 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 central para obtener una copia gratis del directorio de proveedores. Humana y SoonerSelect son uno en lo mismo.

Cuando se afilia a Humana, nuestros proveedores están aquí para apoyarle. La mayor parte del tiempo, esa persona será su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés). 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 se comunicará con usted 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 usar 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 funcione para usted.

En las primeras páginas encontrará lo que debe saber de inmediato. El resto del manual puede esperar hasta que lo necesite. Use este manual como referencia o revíselo poco a poco.

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 central. También puede visitar nuestro sitio web en 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 central.

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 central. 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, asegúrese de incluir información sobre cómo comunicarse con usted. Su PCP se comunicará con usted lo antes posible. También puede llamar a la línea de enfermería 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 materno (o si está leyendo esto en nombre de alguien que no lee inglés), podemos ayudar. Queremos que sepa cómo usar su plan de salud, sin importar el idioma que hable. Simplemente llámenos y encontraremos la 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 ayudarlo 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 personas con discapacidades: si usa 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 tiene acceso para sillas de ruedas o está equipado con dispositivos de comunicación especiales. Además, tenemos servicios disponibles sin cargo/sin costo como:

- TTY. Nuestro número de teléfono del sistema TTY es el 711.
- Información en letra grande.
- 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 central. Si llama cuando estamos cerrados, deje un mensaje si así se le indica. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. Si tiene problemas relacionados con la salud, nuestro personal de enfermería está disponible para ayudarlo 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 feliz y saludable.

Humana estará cerrada en cumplimiento de los siguientes días festivos principales:

- Año Nuevo
- Día de Martin Luther King Jr

- Día de la Liberación (Juneteenth)
- Día de Conmemoración de los Caídos en la Guerra
- Día de la Independencia
- Día del Trabajo
- Día de Acción de Gracias
- El día posterior a 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:

- Sistema TTY. Nuestro número de teléfono del sistema TTY es el 711.
- Intérpretes acreditados de lenguaje de señas estadounidense.
- Subtítulos.
- Información por escrito en otros formatos (como braille, letra 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 central.

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 inscripción, desafiliación o nueva inscripción 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 central. También puede presentar una queja sobre su plan ante el Departamento de Seguros de Oklahoma.

Cómo convertirse en afiliado del programa SoonerSelect

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

Todas las demás personas que se consideren elegibles para SoonerCare y el programa SoonerSelect serán inscritas 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 IA/NA, si decide inscribirse en el programa SoonerSelect, tendrá la opción de elegir su plan de salud cuando se inscriba por primera vez y durante los períodos abiertos de inscripción. 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 abierto de inscripción anual.

Todas las demás personas que se inscriban en el programa SoonerSelect tendrán la opción de elegir su plan de salud cuando se inscriban por primera vez y durante el período abierto de inscripción anual. 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 abierto de inscripción.

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 inscribirse en su plan de salud. Usamos 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 central. 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.

Humana Healthy Horizons in Oklahoma
Un producto de Medicaid de Humana WI Health Org. Ins. Corp

NOMBRE DEL AFILIADO
IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO: HXXXXXXXXX

N.º de identificación de Medicaid: XXXXXX N.º de grupo: XXXXX
Fecha de nacimiento: XX/XX/XX RxBIN: 610649
RxPCN: 03191505

SoonerSelect ➔

Instrucciones sobre qué hacer en caso de una emergencia.
En caso de emergencia, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias más cercana.
Después de recibir tratamiento, llame a su PCP en un plazo de 24 horas o tan pronto como sea posible.

Servicios para afiliados/proveedores: 1-855-223-9868
TTY, llame al 711

Línea de asesoramiento de enfermería
las 24 horas: 1-800-854-6619

Línea directa de crisis de salud del comportamiento
las 24 horas del día, los 7 días de la semana: 1-888-445-8742

Preguntas sobre recetas para farmacia: 1-855-223-9868
Visítenos en: **es-www.humana.com/HealthyOklahoma**

Para servicios para proveedores en línea, visite Availity.com

Envíe todas las reclamaciones a:
Humana Medical
PO Box 14359
Lexington, KY 40512-4359

PARTE I: Lo primero que debe saber

Cómo elegir su PCP

Su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) es un médico, enfermero/a especializado/a, 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 médico de medicina general o medicina de familia, medicina interna, pediatría o un proveedor de cuidado de la salud indígena. Cuando se inscriba en Humana tendrá la oportunidad de elegir su propio PCP. Para elegir 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 central. Si no elige un PCP en los 30 días siguientes a su inscripción, 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.
- Esté aceptando nuevos pacientes.
- Pueda atenderlo en su propio idioma.
- Disponga de una oficina ubicada cerca.

Cada miembro de la familia inscrito 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 tratan a toda la familia. Los médicos de medicina interna tratan a los adultos a partir de los 19 años de edad. Llame a Servicios para afiliados al número gratuito 855-223-9868, TTY: 711, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora central. 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 servicios en nuestro sitio web para buscar en el directorio de proveedores en línea u obtener una copia del directorio de proveedores.

Las mujeres pueden elegir un obstetra/ginecólogo para que actúe como su PCP pero no está obligada. 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 central.

Si su proveedor abandona Humana, le informaremos en un plazo de 30 días 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 ayudarlo 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 llamar a Servicios para afiliados al número gratuito 855-223-9868, TTY: 711, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora central o visitar [Humana.com/findadoctor](https://www.humana.com/findadoctor).

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 a usted. Puede cambiar a otro proveedor de la red de Humana en cualquier momento que desee.

Cómo cambiar su PCP

Cuando se inscriba en Humana, puede seleccionar un proveedor de cuidado primario (PCP) de nuestra red durante los primeros 30 días después de que comiencen sus beneficios con Humana Healthy Horizons in Oklahoma. Después de ese período, nosotros elegiremos uno por usted. Independientemente de que usted elija su PCP o de que Humana Healthy Horizons in Oklahoma lo elija por usted, usted puede cambiar de PCP durante el primer mes y ese cambio entrará en vigor el siguiente día hábil. 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. Si desea cambiar de PCP, puede hacerlo llamando a Servicios para afiliados al número gratuito 855-223-9868, TTY: 711, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora central o 24/7 a través de su cuenta MyHumana en [Humana.com/HealthyOklahoma](https://www.humana.com/HealthyOklahoma).

Cómo obtener Cuidado de la Salud Regular

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 proveedor de cuidado primario (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 antes 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 regular 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 explicar su inquietud. Su PCP le dará una cita antes. 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 central 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.

GUÍA DE CITAS	
SI LLAMA PARA ESTE TIPO DE SERVICIO:	SU CITA DEBE OCURRIR:
Obstetra/ginecólogo	<p>En treinta (30) días contados a partir de la fecha de solicitud de una cita de rutina.</p> <p>Cuidado de maternidad:</p> <p>Primer trimestre: en el plazo de catorce (14) días calendario.</p> <p>Segundo trimestre: en el plazo de siete (7) días calendario.</p> <p>Tercer trimestre: en el plazo de tres (3) días hábiles.</p>
De especialidad	<p>En sesenta (60) días contados a partir de la fecha de solicitud de una cita de rutina.</p> <p>En veinticuatro (24) horas para cuidado de urgencia.</p>
Salud mental	
Salud mental de adultos y niños	<p>En treinta (30) días contados a partir de la fecha de solicitud de una cita de rutina.</p> <p>En los siete (7) días siguientes de la hospitalización o cuidado residencial.</p> <p>En veinticuatro (24) horas para cuidado de urgencia.</p> <p>Para emergencias de salud mental, llame a Oklahoma Mental Health Lifeline (Línea directa de apoyo para la salud mental de Oklahoma), al 988.</p>
Trastornos por farmacodependencia	

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

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 central.

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:

- 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 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 central.

*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 8am-5pm CST

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 visitar a un proveedor de Medicaid in Oklahoma. Si es IA/NA, puede recibir servicios de un proveedor de cuidado de la salud indígena (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/EPSTD.
- 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 IA/NA.
- 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 proveedor de cuidado primario (PCP) antes de recibir cuidado de emergencia y no está obligado a usar 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:

- 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: Use 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 central.

Siempre tiene cobertura para emergencias. Una afección médica de emergencia es una situación en la cual su vida podría verse amenazada, o usted podría sufrir lesiones permanentes si no recibe cuidado de inmediato. Algunos ejemplos de una emergencia son:

- 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 problemas 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 ser:

- 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 acudir sin cita previa a una clínica de cuidado de urgencia para recibir cuidado médico el mismo día o programar una cita para el día siguiente. Ya sea que esté en su casa o fuera, llame a su proveedor de cuidado primario (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 central. Dígale a la persona que contesta 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 central.

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/mysoonerselect/apply-for-soonerselect-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/mysoonerselect/apply-for-soonerselect-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; o
- Necesita medicamentos.

La sección a continuación describe los servicios específicos que cubre Humana. Pregunte a 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 central si tiene preguntas sobre sus beneficios.

Puede recibir algunos servicios sin necesidad de aprobación de su PCP.

Estos incluyen cuidado primario, cuidado 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 de 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 proveedor de cuidado primario (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 a partir de 21 años de edad. 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)	Con cobertura.	Con cobertura: <ul style="list-style-type: none">• 4 consultas ambulatorias por mes.	Con cobertura: <ul style="list-style-type: none">• 4 consultas ambulatorias por mes. Se puede superar el límite según necesidad médica.
Pruebas de alergia	Con cobertura.	Con cobertura: <ul style="list-style-type: none">• Limitado a 60 pruebas cada 3 años.	Con cobertura: <ul style="list-style-type: none">• Limitado a 60 pruebas cada 3 años. Se puede superar el límite según necesidad médica.

Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin expansión (21 años o más)	Adultos con expansión (21 años o más)
Tratamiento alternativo para controlar el dolor	Con cobertura.	Terapia física cuando se proporcione en un entorno no hospitalario: a. La evaluación inicial está cubierta sin autorización previa (AP). b. 12 horas por año requiere AP. Servicios quiroprácticos: a. La evaluación inicial está cubierta sin AP. b. 12 consultas por año requiere AP. Se pueden superar los límites según necesidad médica.	
Trasporte de emergencia o en ambulancia	Con cobertura.		
Centro de cirugía ambulatoria	Con cobertura.		
Cirugía bariátrica	Con cobertura, después de satisfacer la evaluación prequirúrgica y los requisitos de pérdida de peso. Requiere AP.	Con cobertura, después de satisfacer la evaluación prequirúrgica y los requisitos de pérdida de peso. Sin cobertura si es sólo para el tratamiento de la obesidad. Requiere AP.	
Anestesista enfermero/a registrado/a y certificado/a y ayudantes de anestesista	Con cobertura.		
Quimioterapia	Con cobertura.		
Servicios clínicos	Con cobertura. Es posible que algunos servicios requieran AP.		

Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin expansión (21 años o más)	Adultos con expansión (21 años o más)
Instrucción sobre diabetes	<p>Con cobertura, 10 horas durante el primer año, 2 horas los años siguientes.</p> <p>Los límites se pueden superar según necesidad médica y en virtud del programa de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT).</p>	<p>Con cobertura, 10 horas durante el primer año, 2 horas los años siguientes.</p>	<p>Con cobertura, 10 horas durante el primer año, 2 horas los años siguientes.</p> <p>Se pueden superar los límites según necesidad médica.</p>
Centros de pruebas diagnósticas	<p>Con cobertura.</p> <p>Es posible que algunos servicios requieran AP.</p>		
Leche materna humana de donante	<p>Con cobertura durante el primer año de vida.</p> <p>Requiere AP.</p>	Sin cobertura.	
Aparatos y suministros de equipo médico duradero	<p>Con cobertura.</p> <p>Requiere la prescripción de un proveedor médico.</p> <p>Es posible que algunos servicios requieran AP.</p>		
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).	<p>Con cobertura.</p> <p>Es posible que algunos servicios requieran AP.</p>	Sin cobertura.	

Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin expansión (21 años o más)	Adultos con expansión (21 años o más)
Departamento/sala de emergencias	Con cobertura.		
Cuidado de los ojos para tratar una afección médica o quirúrgica	Con cobertura.		
Servicios de planificación familiar	Con cobertura.		
Servicios clínicos de salud en zonas rurales y centro de salud acreditado por el gobierno federal	Con cobertura.		
Pruebas y asesoramiento genético	Con cobertura para las afiliadas embarazadas y los afiliados que cumplan los criterios de necesidad médica. Es posible que requiera AP.		
Servicios para la audición	Con cobertura. Es posible que requiera una AP.	Con cobertura. Como beneficio de valor añadido, los afiliados a partir de 21 años de edad pueden recibir lo siguiente: <ul style="list-style-type: none">• 1 evaluación para audífonos cada 3 años.• 1 audífono por oído y costo de dispensación cada 3 años.• 2 consultas para ajuste y revisión de audífonos cada 3 años.• 48 baterías por audífono y año.	
Servicios de cuidado de la salud en el hogar	Con cobertura.		
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	Con cobertura.		

Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin expansión (21 años o más)	Adultos con expansión (21 años o más)
Terapia de infusión	Con cobertura.	Con cobertura cuando sea necesario por razones médicas y no se considere una parte compensable del procedimiento.	
Servicios hospitalarios para pacientes internados	Con cobertura.	<p>Con cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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). 	<p>Con cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <p>Se pueden superar los límites de cantidades según necesidad médica.</p>
Pruebas de laboratorio, radiografías, estudios de imágenes para diagnóstico y estudios de imágenes (TC/TEP y RM)	<p>Con cobertura.</p> <p>Es posible que algunos servicios requieran AP.</p>		
Consultora de lactancia (ayuda con la lactancia materna)	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)
Alojamiento y comidas para el afiliado del plan de salud o un acompañante médico aprobado	Con cobertura. Los servicios requieren una AP.		
Hospital infantil para cuidados a largo plazo	Con cobertura.	Sin cobertura.	
Mamografías	Con cobertura.		
Servicios para madres y bebés de un trabajador social clínico certificado	Con cobertura para las afiliadas embarazadas y después del parto.		
Transporte médico que no es de emergencia (NEMT, por sus siglas en inglés)	<p>Con cobertura.</p> <p>Como beneficio de valor añadido:</p> <p>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 o NICU (Unidad de Cuidados Intensivos para Neonatos).</p> <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none">• 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.	Con cobertura.	

Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin expansión (21 años o más)	Adultos con expansión (21 años o más)
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.		
Servicios de nutrición (dietista)	Con cobertura.	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.
Ortesis	Con cobertura.	Sin cobertura.	Con cobertura sin limitaciones cuando sea necesario por razones médicas.
Servicios quirúrgicos y hospitalarios ambulatorios	Con cobertura.		
Nutrición parenteral o enteral (intravenosa y por sonda nasogástrica)	Con cobertura. Es posible que algunos servicios requieran AP.		
Cuidado personal	Con cobertura.		

Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin expansión (21 años o más)	Adultos con expansión (21 años o más)
Servicios de médicos y ayudantes médicos	Con cobertura.	Con cobertura. Límite de 4 consultas por mes.	Con cobertura. Límite de 4 consultas por mes. Se puede superar el límite según necesidad médica.
Podología	Con cobertura.		
Servicios de cuidado posterior a la estabilización	Con cobertura.		
Servicios por embarazo y maternidad, incluidos cuidados prenatales, parto y posparto	Con cobertura.		
Medicamentos recetados	Con cobertura.	Con cobertura: Como beneficio de valor añadido, el límite mensual para prescripciones se exonera para los afiliados de 21 años de edad o más. Todas las prescripciones están sujetas a los requisitos estatales y federales de Revisión del Uso de Medicamentos, modificaciones de seguridad, límites sobre cantidades y AP.	
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 las prótesis y accesorios de apoyo están cubiertos cuando formen parte de una cirugía. Cobertura limitada con AP requerida.	Con cobertura sin limitaciones cuando sea necesario por razones médicas.
Servicios clínicos de salud pública	Con cobertura.	Con cobertura: 4 consultas por mes.	Con cobertura: 4 consultas por mes. Se puede superar el límite según necesidad médica.
Radioterapia	Con cobertura.		
Cirugía reconstructiva	Con cobertura. Es posible que requiera una AP.	Con cobertura. 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 una AP.	
Servicios en centros de diálisis renal	Con cobertura.		
Costo habitual de pacientes en ensayos clínicos que califique	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	Con cobertura.	Sin cobertura.	
Telesalud	Con cobertura.		

Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin expansión (21 años o más)	Adultos con expansión (21 años o más)
Servicios de terapia: terapia física (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 AP. b. El tratamiento requiere una AP. ST: a. La evaluación y el tratamiento requieren AP.	Servicios de rehabilitación: a. 15 consultas por año para cada OT, PT y ST (total acumulativo: 45 consultas).	Servicios de habilitación: a. 15 consultas por año para cada OT, PT y ST (total acumulativo: 45 consultas). Servicios de rehabilitación a. 15 consultas por año para cada OT, PT y ST (total acumulativo: 45 consultas).
Servicios para dejar de fumar	Están cubiertos los productos para terapia de sustitución de la nicotina (TSN), 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, AP ni copago. 8 sesiones de asesoramiento para dejar de fumar por año.		
Servicios de trasplante	Con cobertura con AP. Los trasplantes de córnea y riñón no necesitan una AP.		
Centros de cuidado de urgencia	Con cobertura.	Hasta 4 consultas ambulatorias por mes.	Hasta 4 consultas ambulatorias por mes. Se puede superar el límite según necesidad médica.

Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin expansión (21 años o más)	Adultos con expansión (21 años o más)
Servicios para la vista	Con cobertura en virtud del programa EPSDT, con un límite de 2 monturas para anteojos por año.	Con cobertura. Como beneficio de valor añadido, los afiliados a partir de 21 años de edad reciben un examen ocular anual. Además, los afiliados pueden elegir una de las siguientes opciones cada 2 años: <ul style="list-style-type: none"> • 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 la sección [Formularios y Documentos de Humana](#), 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, por sus siglas en inglés) y la Lista de Medicamentos Preferidos de Suministros para Diabéticos, entre otra información importante sobre 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	Con cobertura.	Con cobertura. Como beneficio de valor añadido, el límite mensual para prescripciones se exonera para los afiliados de 21 años de edad o más. Todas las prescripciones están sujetas a los requisitos estatales y federales de Revisión del Uso de Medicamentos, modificaciones de seguridad, límites sobre cantidades y AP.	
Servicios de tratamiento asistido con medicamentos (MAT, por sus siglas en inglés)	Con cobertura. Incluyen: <ul style="list-style-type: none">• Comprimidos sublinguales de naloxona/buprenorfina genéricos• Vivitrol• Metadona		
Productos para dejar de fumar (para ayudar a dejar el tabaco)	Están cubiertos los productos para terapia de sustitución de la nicotina (TSN), 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, AP ni copago.		
Suministros para diabéticos (insulina, jeringas, tiras re-activas, lancetas y agujas para pluma)	Con cobertura.		
Suministros de planificación familiar	Con cobertura.		

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 problemas de salud mental, como depresión o ansiedad, o para ayudar con trastornos por consumo de alcohol u otras sustancias. Estos servicios pueden incluir:

- 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 acceder 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 a partir de 21 años de edad. 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	Con cobertura. Requiere AP.	Sin cobertura.	
Servicios en centros comunitarios certificados para la salud del comportamiento (CCBHC, por sus siglas en inglés)	Con cobertura.		
Servicios de tratamiento diurno	Con cobertura para un mínimo de 3 horas al día durante 4 días a la semana. Requiere AP.	Sin cobertura.	
Hospital - psiquiátrico independiente	Con cobertura. Requiere AP.	De 21 a 64 años: • Con cobertura para un máximo de 60 días por episodio. Requiere AP. A partir de 65 años: • Con cobertura para un máximo de 60 días por episodio. Requiere AP.	
Hospital - general (agudo)	Con cobertura. Requiere AP.		
Proveedor autorizado para salud del comportamiento (que puede facturar de manera independiente)	Con cobertura. Requiere AP.	Sin cobertura.	
Tratamiento asistido con medicamentos (MAT, por sus siglas en inglés)	Con cobertura. Incluyen: • Comprimidos sublinguales de naloxona/buprenorfina genéricos • Vivitrol • Metadona		

Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin expansión (21 años o más)	Adultos con expansión (21 años o más)
Programa de tratamiento con opioides	Con cobertura. Requiere AP.		
Servicios ambulatorios de agencias para la salud del comportamiento	Con cobertura. Requiere AP.		
Hospitalización parcial	Con cobertura para un mínimo de 3 horas al día durante 5 días a la semana. Requiere AP.		
Servicios de apoyo para recuperación	Con cobertura para afiliados de 16 a 21 años de edad. Requiere AP.	Con cobertura. Requiere AP.	
Programa para servicios de tratamiento asertivo comunitario (PACT, por sus siglas en inglés)	Con cobertura para afiliados de 18 a 21 años de edad.	Con cobertura.	
Instalación de tratamiento residencial psiquiátrico	Con cobertura. Requiere AP.	Sin cobertura.	
Psiquiatra	Con cobertura.		
Psicólogo (que puede facturar de manera independiente)	Con cobertura. Requiere AP.		
Tratamiento por farmacodependencia (ambulatorio, con hospitalización y residencial)	Tratamiento ambulatorio por farmacodependencia: Con cobertura. Requiere AP. Tratamiento residencial por farmacodependencia: Con cobertura.		
Administración de casos clínicos particulares	Con cobertura para poblaciones específicas. Requiere AP.		
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	Con cobertura. Requiere AP.	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	Límite de edad	Descripción
Sacaleches	Todas las edades.	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 unidad de cuidados intensivos neonatales (NICU, por sus siglas en inglés).
Asiento de seguridad infantil convertible para automóvil o cuna portátil	Todas las edades.	Las afiliadas embarazadas que se inscriban 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 de seguridad infantil convertible para automóvil o una cuna portátil por bebé, por embarazo.
Servicios de eliminación de antecedentes penales	A partir de 18 años.	Los afiliados pueden recibir reembolso de hasta \$150 para borrar antecedentes criminales, tal como lo permite https://osbi.ok.gov/criminal-history/expungement , de por vida.
Comidas para preparación en caso de desastres	Todas las edades.	1 caja de 14 comidas no perecederas antes o después de un desastre natural una vez por año. El afiliado no debe vivir en un centro residencial. El gobernador debe declarar el desastre para que el afiliado califique para las comidas.

Beneficios adicionales de valor añadido		
Nombre del beneficio	Límite de edad	Descripción
Kit de preparación o alivio en caso de desastres	A partir de 18 años.	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.
Examen físico laboral	A partir de 18 años.	1 examen físico laboral por año.
Orientación para adquirir conocimientos financieros	A partir de 16 años.	Hasta 6 sesiones de asesoramiento personal para gestión del dinero y elaboración de presupuestos.
Caja de frutas y verduras frescas	A partir de 18 años.	Hasta 4 cajas de frutas y verduras frescas nutritivas de temporada por año para afiliados que sufran inseguridad alimentaria. Se requiere aprobación del plan.
Exámenes de Desarrollo Educacional General (GED, por sus siglas en inglés)	A partir de 16 años.	Asistencia en la preparación para los exámenes de GED, incluido un asesor bilingüe, acceso a orientación y materiales de estudio y uso ilimitado de exámenes de práctica. La asistencia en la preparación para los exámenes, incluida tutoría, se proporciona virtualmente con el fin de permitir la máxima flexibilidad para los afiliados. También incluye garantía de aprobación de examen para proporcionarles a los afiliados múltiples intentos de aprobar el examen.
Servicios para la audición	A partir de 21 años.	<ul style="list-style-type: none"> • 1 evaluación para audífonos cada 3 años. • 1 audífono por oído y costo de dispensación cada 3 años. • 2 consultas para ajuste y revisión de audífonos cada 3 años. 48 baterías por audífono al año.

Beneficios adicionales de valor añadido		
Nombre del beneficio	Límite de edad	Descripción
Intervenciones en el hogar para el asma	Todas las edades.	<p>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.</p> <p>Se requiere la aprobación del coordinador de cuidado de la salud.</p>
Asistencia para la vivienda	A partir de 18 años.	<p>Hasta \$350 por afiliado por año (el subsidio no utilizado no se transfiere al siguiente año) para ayudar con los siguientes gastos de vivienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pago de alquiler de apartamento o de hipoteca (se requiere aviso de pago atrasado). • Pago de servicios públicos para electricidad, agua, gas o Internet (se requiere aviso de pago atrasado). • Pago de alquiler de terreno y estacionamiento para remolques, si se trata de su residencia permanente (se requiere aviso de pago atrasado). • Pago de gastos de mudanza a través de una empresa de mudanzas autorizada cuando se realiza la transición desde una autoridad de vivienda pública. • Se requiere aprobación del plan. • El afiliado no debe vivir en un centro residencial o centro de enfermería. • 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.

Beneficios adicionales de valor añadido		
Nombre del beneficio	Límite de edad	Descripción
Cuidado virtual materno y de bebés	Todas las edades.	Las afiliadas embarazadas y los afiliados con un hijo de hasta 1 año de edad, tienen acceso ilimitado a una aplicación para teléfonos inteligentes que ofrece las 24 horas al día, los 7 días a la semana, acceso a un sistema de videollamadas exclusivo que permite a los afiliados conectarse con una consejera de lactancia o un extensor médico para ayuda según necesidad.
Medicina tradicional para nativos americanos	Todas las edades.	Reembolso de hasta \$300 por año calendario para afiliados nativos americanos con el fin de ayudar a cubrir los costos de los servicios ceremoniales y/o tradicionales de los nativos americanos. Es obligatorio que el afiliado proporcione un formulario de verificación firmado.
Kit para cuidado de recién nacidos	De 0 a 6 meses.	1 kit para cuidados del recién nacido por nacimiento. El kit incluye: bolsa para pañales, pañales, toallitas húmedas, pomada para la pañalitis, cobija para bebé, termómetro y jeringa con pera de goma.
Transporte no médico (NMT, por sus siglas en inglés)	A partir de 21 años.	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 los programas WIC y SNAP, 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.

Beneficios adicionales de valor añadido		
Nombre del beneficio	Límite de edad	Descripción
Transporte médico que no es de emergencia (NEMT, por sus siglas en inglés)	Todas las edades.	<p>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 o NICU (Unidad de Cuidados Intensivos para Neonatos). 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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, por sus siglas en inglés)	Todas las edades.	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analgésicos • Pomada para la pañalitis • Medicamento para la tos y el resfriado • Equipo de primeros auxilios que no requiere recetas. <p>Las cantidades no utilizadas no se transfieren al trimestre siguiente.</p>
Subsidio para cuidado personal del padre/la madre o tutor legal	Todas las edades.	<p>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.</p>

Beneficios adicionales de valor añadido		
Nombre del beneficio	Límite de edad	Descripción
Control de plagas	Todas las edades.	Hasta \$200 de subsidio por hogar por año para el control de plagas. Si el afiliado reside con el cuidador, debe justificarlo. El afiliado puede mostrar el pago de la renta para demostrar que reside con el cuidador. Se requiere aprobación del plan.
Comidas para después del alta hospitalaria	Todas las edades.	Hasta 14 comidas refrigeradas entregadas en el hogar después del alta de un centro residencial o de paciente internado.
Límite de recetas exonerado para adultos	A partir de 21 años.	Se exime el límite para afiliados adultos de 6 recetas por mes. Todas las recetas están sujetas a los requisitos estatales y federales de Revisión del Uso de Medicamentos, modificaciones de seguridad, límites sobre cantidades y autorizaciones previas.
Dispositivos de automonitoreo: kit para monitorear la presión sanguínea	A partir de 21 años.	Los afiliados que reciban cuidados para la salud pueden recibir 1 kit digital para medir la presión sanguínea cada 3 años. El kit incluye el brazalete y el monitor. Se requiere la aprobación del coordinador de cuidado de la salud.
Dispositivos de automonitoreo: báscula	A partir de 21 años.	Los afiliados que reciban cuidados para la salud pueden recibir 1 báscula cada 3 años. Se requiere la aprobación del coordinador de cuidado de la salud.
Servicios de teléfono inteligente	Todas las edades.	Los teléfonos inteligentes facilitan el acceso a información de salud y permiten a los afiliados mantenerse conectados con su equipo de cuidado de la salud y su plan de salud. Los afiliados de Humana que califican para el programa Federal Lifeline pueden recibir un teléfono inteligente gratuito con minutos de conversación, mensajes de texto y datos mensuales.
Exámenes físicos deportivos	De 6 a 18 años.	1 examen físico deportivo por año

Beneficios adicionales de valor añadido		
Nombre del beneficio	Límite de edad	Descripción
Asesoramiento para dejar de consumir tabaco y vapear	A partir de 13 años.	<p>El programa para dejar de fumar se enfoca en recibir asesoramiento sobre el tabaco y el "vaping" para afiliados a partir de 13 años de edad. 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.</p> <p>El programa de asesoramiento de salud para dejar de fumar y vapear ofrece apoyo tanto para la terapia de sustitución de nicotina (TSN) de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) y con receta para afiliados a partir de 18 años de edad.</p>
Servicios para la vista	A partir de 21 años.	<p>1 examen ocular anual.</p> <p>Además, los afiliados pueden elegir una de las siguientes opciones cada 2 años:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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	A partir de 21 años.	Sin copagos por servicios médicos y de la salud del comportamiento.
Asesoramiento para el control de peso	A partir de 12 años.	<p>El programa de asesoramiento para el control del peso ofrece intervención para el control del peso para afiliados de 12 años en adelante. Una vez recibida la autorización del médico, el afiliado puede completar 6 sesiones de asesoramiento para el control del peso con el asesor o la asesora de salud; aproximadamente una llamada al mes durante un período de 6 meses.</p>
Apoyo académico para jóvenes	Jardín de infantes hasta el grado 12 (K-12, por sus siglas en inglés)	Los afiliados de los grados K-12 tienen acceso a servicios de tutoría en línea hasta 2 horas por semana así como preparación para los exámenes ACT/SAT.

Beneficios adicionales de valor añadido		
Nombre del beneficio	Límite de edad	Descripción
Desarrollo y recreación juvenil	De 4 a 18 años.	Los afiliados pueden recibir un reembolso de hasta \$200 anuales por participar en actividades como: <ul style="list-style-type: none"> • YMCA • Programación del Club de Niños y Niñas • Clases de natación • Clases de codificación 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 ayudarlo a ir y regresar de sus citas para cuidados cubiertos por Medicaid. Este servicio es gratuito. 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 hasta 72 horas antes de su cita, excluyendo los fines de semana y días festivos estatales, para organizar el transporte para ir y regresar de su cita. Si necesita cancelar su transporte, cáncelo en 24 horas.

ModivCare puede ayudar con:

- Transporte público
- Reembolso de combustible por millaje
- Conseguir el transporte en un/una:

- o sedán
- o camioneta
- o taxi
- o vehículo compartido
- o vehículo equipado para levantar sillas de ruedas (incluidas bariátricas)
- o vehículo con camilla

Puede reservar el servicio llamando al número gratuito 877-718-4213, TTY: 866-288-3133 o en línea en [ModivCare.com](https://www.ModivCare.com).

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 central.

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:

- 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.

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 central.

Ayuda con problemas más allá del cuidado médico

Puede ser difícil concentrarse 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 central, si necesita ayuda para pagar sus medicamentos.
- necesita ayuda para pagar las facturas relacionadas con su casa (agua y electricidad);
- necesita ayuda para pagar alimentos;

- está buscando ayuda con el cuidado de niños y actividades extraescolares;
- necesita más medicamentos.

Servicios de coordinación y asistencia del cuidado de la salud

Los niños y adultos con necesidades especiales de cuidado de la salud a menudo pueden beneficiarse de 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 no necesitan un referido.

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 ayuda para encontrar recursos comunitarios que pueda necesitar. 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:

- 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 PCMH, cuidado de urgencia o cuándo acudir a la sala de emergencias.

Existen varios programas de coordinación del cuidado de la salud disponibles, entre ellos:

Coordinación del cuidado de la salud para casos complejos

Los afiliados de Humana Healthy Horizons in Oklahoma pueden ser elegibles para recibir servicios de coordinación del cuidado de la salud para casos complejos 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 del cuidado de la salud para casos complejos, 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 central. Este programa es opcional.

Transiciones de cuidado

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

- 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 855-233-9868, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora central.

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 bebé, 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 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, por sus siglas en inglés). 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.
- 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 (AP). EPSDT incluye servicios que pueden ayudar a tratar, prevenir o mejorar el problema 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; y/o
- Servicios de análisis del comportamiento aplicado (ABA, por sus siglas en inglés).

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 [Humana.com/HealthyOklahoma](https://oklahoma.gov/ohca/providers/types/child-health-epsdt.html) o la página web de EPSDT de SoonerCare en <https://oklahoma.gov/ohca/providers/types/child-health-epsdt.html>

Programa de consultas de salud infantil

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

Infancia:

Menos 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 no cubiertos

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 proveedor de cuidado primario (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 autorización previa (AP) por anticipado y usted no la obtuvo.
- Servicios médicos proporcionados fuera del país.
- Eliminación de tatuajes.

Otros servicios no cubiertos:

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 número gratuito 855-223-9868, TTY: 711, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora central.

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.

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 no cree que deba pagar, no la ignore. Llame de inmediato a Servicios para Afiliados al número gratuito 855-223-9868, TTY: 711, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora central. Podemos ayudarle a entender por qué puede haber recibido una factura. Si usted no es responsable del pago, nos comunicaremos con el proveedor y le ayudaremos 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 central.

Podríamos decidir que un nuevo tratamiento que actualmente Medicaid no cubre sea un beneficio cubierto. Esto podría implicar nuevos tipos de:

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

Esta información es revisada por un comité de profesionales de la salud que decidirá sobre la cobertura basándose en 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 inscrito un mínimo de dos años. Revisaremos su inscripción 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 acciones

Humana Healthy Horizons in Oklahoma tendrá que aprobar algunos tratamientos y servicios antes de que los reciba. Es posible que Humana Healthy Horizons in Oklahoma también tenga que aprobar algunos tratamientos y servicios para que siga recibéndolos. 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 proveedor de cuidado primario (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 Humana Clinical Pharmacy Review 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 central o visite nuestro sitio web en 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.

Una vez que recibamos su solicitud, la revisaremos conforme a 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 revisión acelerada se rechaza, se lo informaremos y su caso se manejará conforme al 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 informaremos 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 (AP) 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 ni a nuestro personal por denegar cobertura o servicios. No ofrecemos recompensas económicas a nuestro personal que afecten a sus decisiones. No denegamos ni limitamos la cantidad, la duración o el alcance del servicio sólo por el diagnóstico o el tipo de enfermedad o afección. 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 autorización previa (AP) dentro de los siguientes plazos:

Revisión estándar: tomaremos una decisión con respecto a su solicitud dentro de las 72 horas posteriores a su recepción.

Revisión acelerada (más rápida): tomaremos una decisión con respecto a su solicitud y usted tendrá nuestra respuesta en un plazo de 24 horas.

Salud del comportamiento como paciente internado: tomaremos una decisión sobre su solicitud dentro de las 24 horas.

Revisión Posterior al Servicio: Enviaremos una respuesta a su proveedor dentro de los 14 días posteriores a su solicitud.

Se puede extender el plazo tanto de las decisiones estándares como de las decisiones aceleradas hasta catorce (14) días calendario adicionales si el afiliado o el proveedor solicitan la extensión o si se necesita información adicional y la extensión beneficia al afiliado.

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 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 denegamos el pago por un servicio, le enviaremos un aviso a usted y a su proveedor el día en que se deniegue 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 mejor sirvan 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; y/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 central para obtener más información sobre cómo puede ayudar.

Apelaciones

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

Para presentar una apelación, escriba a:

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 central.

Si no está satisfecho/a con una medida que tomamos o con lo que decidimos sobre su solicitud de autorización previa (AP), 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 central o visitar 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.

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, le llamaremos y enviaremos un aviso por escrito de nuestra decisión en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su apelación.

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

No le trataremos de manera diferente ni actuaremos mal con usted porque presente una apelación.

Antes y durante la apelación, usted o su representante pueden ver el archivo de su caso, incluidos los expedientes médicos y cualquier otro documento y registro que se use para tomar una decisión sobre su caso.

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 central).

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. Si así fuera, nosotros:

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

Si necesita más tiempo para reunir sus documentos e información, simplemente pídalo. 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 central o escribiendo a:

Attn: Grievance and Appeals Department
P.O. Box 14163
Lexington, KY 40512-4163

Nuestra decisión sobre su 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 10 días 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.**
- Cuando su apelación no cambia la decisión del plan de salud, es posible que este le obligue a pagar los servicios que recibió mientras esperaba la toma de una decisión.

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 central. Usted no está obligado a usar 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.

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 usar 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 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 a partir de la fecha que aparece en la carta de notificación de resolución adversa (denegación).

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

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

Oklahoma City, OK 73154-0497

Por fax: 405-530-3444

Por teléfono: 405-522-7217

Por 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 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 del central 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 queja ante Humana Healthy Horizons in Oklahoma. **Este tipo de queja 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 una queja 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 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 central. Le proporcionaremos un intérprete sin costo si lo necesita.

Para presentarla por teléfono, 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.

Para presentarla por escrito, puede escribirnos su queja formal a: 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 posteriores a la recepción de queja formal.
- Le informaremos cómo la resolvimos por escrito en un plazo de 3 días después de que resolvamos la queja formal.

Su cuidado cuando cambia de plan de salud o de médico (transición del 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. Después de eso, le ayudaremos a encontrar un proveedor de 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.

Seguiremos cubriendo los servicios fuera del estado o la ayuda con comidas y alojamiento si ya lo estaba recibiendo de Humana Healthy Horizons in Oklahoma cuando se inscribió 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 (EMD) 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 central o visitar [Humana.com/findadoctor](https://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 central. Los servicios de interpretación están disponibles de forma gratuita/sin costo.

Derechos y responsabilidades de los afiliados

Sus derechos

Como afiliado de Humana, usted tiene derecho a:

- 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 normas de la HIPAA 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 las quejas 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 (OHS, por sus siglas en inglés).
- Permitir que SoonerCare colecte pagos de cualquier persona que esté obligada a pagar por cuidado de la salud.
- 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 prescripciones 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).
- Costo compartido.
- 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 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 el período abierto de inscripción.

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:

- 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 inscribió 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 usando 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 inscribió 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 enfermedad 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.
- O 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 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 en el que confíe para que sea su agente para el cuidado de la salud. Hable sobre sus deseos con las personas que desea como agentes antes de indicarlo por escrito. Su representante 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 sus deseos con su familia, amigos y 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, usted no desea que un médico tome esta determinación, la ley establece un proceso para que lo haga una persona que no es 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 usar para designar a una persona para que actúe como tutor si se inician los procedimientos de custodia. Sus instrucciones anticipadas para tratamiento de salud mental 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 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 objetivo es que los demás sepan lo que usted quiere si no puede hablar por sí mismo. 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 central, 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 usa 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 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 central.
 - o Si tiene preguntas sobre los servicios de prescripción, 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 central.
 - o 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 800 800-447-8477.

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 central cuando ocurran estos cambios en su vida:

- Tuvo un cambio en la elegibilidad para Medicaid.
- Se 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 para ayudarle a mantenerse sano

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 central.

- Servicios para dejar de fumar (apoyo para ayudarle a dejar de fumar o "dipping").
- SoonerSelect es el programa de intervención temprana de Oklahoma 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 del embarazo. Este programa puede ayudarle con:

- apoyo adicional de un profesional de enfermería;
- recursos de embarazo y planificación familiar;
- acceso a un programa de recompensas saludable.

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

Programa para dejar de fumar

Si fuma o usa otros productos de tabaco, Humana Healthy Horizons in Oklahoma puede ayudarle a dejar ese hábito. Dejar de consumir tabaco es una de las cosas más importantes que puede hacer para mejorar su salud y la de sus seres queridos. ¡No tiene que hacerlo solo! Le proporcionaremos los recursos para ayudarle en su compromiso para dejar de fumar.

Los consejeros le escucharán para:

- Ayudarle a comprender sus hábitos.
- Colaborar con usted para actuar.

Su médico también puede recomendarle que pruebe tomando medicamentos. Para comunicarse con un asesor que puede ayudarle a dejar de fumar, llame a Servicios para afiliados al número gratuito 855-223-9868, TTY: 711, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora central. Como afiliado de Oklahoma tiene acceso a la Línea de ayuda para dejar de fumar de Oklahoma que ofrece ayuda gratuita con muchos tipos de consumo de tabaco, para aquellos que fuman así como para familiares y amigos.

Puede llamar al número gratuito 1-800 QUIT NOW (800-784-8669) para recibir muchos recursos que incluyen:

- Información gratuita sobre cómo dejar de fumar.
- Asesoramiento personalizado por teléfono con un asesor para dejar de fumar para aumentar su probabilidad de éxito.
- Referidos a servicios y programas locales de su comunidad para ayudarle a dejar de fumar.

Puede visitar también <https://okhelpline.com/> para registrarse y recibir servicios a través de la web sin ninguna llamada telefónica.

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 actividades saludables. Participar en actividades saludables y ganar recompensas que puede canjear por tarjetas de regalo electrónicas.

Los afiliados de Humana Healthy Horizons in Oklahoma pueden participar en Go365 for Humana Healthy Horizons. Participar en actividades saludables elegibles y ganar recompensas a través de nuestro programa de bienestar Go365 for Humana Healthy Horizons es fácil.

Para ganar recompensas, usted debe:

- Descargar en un dispositivo móvil la aplicación Go365 for Humana Healthy Horizons desde iTunes/App Store o Google Play.
- Crear una cuenta para acceder y participar en el programa
 - Los afiliados menores de 18 años deben contar con un padre, madre o tutor que se inscriba en su nombre para participar y comprometerse con el programa. La persona que completa el proceso de registro en nombre de un menor debe tener la identificación del afiliado de SoonerSelect del menor.
 - Los afiliados de 18 años en adelante pueden registrarse para crear una cuenta en Go365. Debe tener su identificación del afiliado de SoonerSelect.

Si tiene una cuenta de MyHumana, puede usar la misma información de inicio de sesión para acceder a Go365 for Humana Healthy Horizons después de descargar la aplicación.

Por cada actividad elegible de Go365 que realice, puede ganar recompensas y, luego, canjearlas por tarjetas de regalo en la tienda dentro de la aplicación Go365 Mall. Las recompensas obtenidas a través de Go365 no tienen valor en efectivo y deben ganarse y canjearse antes de la fecha de vencimiento de la recompensa.

Llame a Go365 al número gratuito 855-223-9868, TTY: 711, para más información.

Puede ser elegible para ganar recompensas si se inscribe en Go365 for Humana Healthy Horizons y luego realiza una o más actividades saludables:

Nombre de la recompensa	Límite de edad	Descripción
Prueba de detección de cáncer de mama	A partir de 40 años.	Recompensa anual de \$25 para afiliadas que se realicen una mamografía.
Prueba de detección de cáncer de cuello uterino	A partir de 21 años.	Recompensa anual de \$25 para afiliadas que se realicen una prueba de Papanicolaou.
Prueba de detección de clamidia	Todas las edades.	Recompensa anual de \$25 para afiliadas que se realicen una prueba de detección de clamidia cuando sean sexualmente activas y siguiendo la recomendación de su proveedor de cuidado de la salud
Prueba de detección de cáncer colorrectal	A partir de 45 años.	Recompensa anual de \$25 para afiliados que se realicen una prueba de detección de cáncer colorrectal siguiendo la recomendación de su PCP.
Vacuna contra el Covid-19	A partir de 5 años.	Recompensa anual de \$40 para los afiliados que suban una fotografía/ archivo de su tarjeta de vacuna contra el Covid-19 completada, 1 por año Los afiliados vacunados antes de inscribirse en el plan de Humana pueden subir la tarjeta de vacunación dentro de los 90 días posteriores a la inscripción para recibir la recompensa. Los afiliados nuevos que no se hayan vacunado antes de la inscripción en Humana tienen 90 días tras completar la vacunación para subir la tarjeta de vacunación para recibir la recompensa.
Examen para la detección de retinopatía diabética	A partir de 18 años.	Recompensa anual de \$25 para afiliados con diabetes que se realicen un examen de retina.

Nombre de la recompensa	Límite de edad	Descripción
Prueba de detección de diabetes	A partir de 18 años.	Recompensa anual de \$50 para los afiliados con diabetes que se realicen una prueba de detección con su médico de cuidado primario (PCP) de HbA1c y presión arterial.
Incorporación digital	Todas las edades.	Recompensa de \$25 por única vez por descargar la aplicación móvil Go365 de Humana y completar la inscripción.
Vacuna contra la influenza	Todas las edades.	Recompensa anual de \$20 para afiliados que reciban una vacuna anual contra la influenza de su farmacia o con autoinforme si recibieron una vacuna en otro lado.
Seguimiento después de cuidados de alta intensidad por trastorno por farmacodependencia	Todas las edades.	Recompensa de \$25 para los afiliados que reciban cuidado de seguimiento dentro de los 30 días posteriores al alta hospitalaria como paciente internado, tratamiento residencial o consulta de desintoxicación por un diagnóstico de trastorno por farmacodependencia.
Seguimiento después de una hospitalización por enfermedad mental.	Todas las edades.	Recompensa de \$25 para los afiliados que reciban cuidado de seguimiento dentro de los 30 días posteriores al alta hospitalaria por un diagnóstico de enfermedad mental o autolesión.
Prueba de detección de riesgos para la salud (HRS, por sus siglas en inglés)	Todas las edades.	Recompensa de \$50 una vez por completar la Evaluación de riesgos para la salud (HRS). Debe completarse en los 30 días posteriores a la inscripción.
Vacuna contra el VPH	9 a 13 años	Recompensa de \$50 una vez para afiliados que reciban 2 dosis de la vacuna contra el VPH entre su 9º y 13º cumpleaños.
Educación sobre el nivel de cuidado	A partir de 19 años.	Recompensa anual de \$10 por ver un breve video educativo sobre cuándo dirigirse a la sala de emergencias.
Notificación de embarazo (NOP, por sus siglas en inglés)	Todas las edades.	Recompensa de \$25 cuando las afiliadas embarazadas notifiquen a Humana sobre el embarazo antes del parto, una vez por embarazo.

Nombre de la recompensa	Límite de edad	Descripción
Consulta posparto	Todas las edades.	Recompensas posparto de \$25 para todas las mujeres que completen 1 consulta posparto dentro de los 7 a 84 días posteriores al parto, una vez por embarazo.
Consultas prenatales	Todas las edades.	Las afiliadas embarazadas pueden ganar \$10 por consulta prenatal, hasta 10 consultas prenatales, para un total de hasta \$100, una vez por embarazo.
Programa para dejar de fumar	A partir de 13 años.	Los afiliados que se inscriban en el Programa para dejar de fumar y vapear tendrán dos oportunidades de obtener recompensas anualmente: <ul style="list-style-type: none"> • Recompensa de \$25 por completar dos llamadas telefónicas dentro de los 45 días posteriores a la inscripción en el programa. • Recompensas de \$25 por completar todo el programa.
Programa para el control de peso	A partir de 12 años.	Los afiliados que se inscriban en el Programa para el control de peso tendrán dos oportunidades de obtener recompensas: <ul style="list-style-type: none"> • Recompensa de \$10 por completar un examen médico de bienestar. • Recompensa de \$20 por completar el programa.
Consultas de bienestar infantil (0 a 15 meses)	De 0 a 15 meses.	Hasta \$60 en recompensas para los afiliados que completen consultas rutinarias de bienestar infantil. Los afiliados pueden recibir \$10 en recompensas por consulta con un límite de seis consultas.
Consultas de bienestar infantil (16 a 30 meses)	De 16 a 30 meses.	Hasta \$20 en recompensas para los afiliados que completen consultas rutinarias de bienestar infantil. Los afiliados pueden recibir \$10 en recompensas por consulta con un límite de dos consultas.
Consulta de bienestar	A partir de 3 años.	Recompensa de \$25 por año por completar una consulta de bienestar anual.

Descargo de responsabilidad

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

Go365 for Humana está disponible para todos los afiliados que cumplan con los requisitos del programa. Las recompensas no se utilizan con el fin de que el afiliado seleccione un proveedor específico. Es posible que deba esperar de 90 a 180 días o más para recibir las recompensas. Las recompensas no son transferibles a otros planes de cuidado médico administrado u otros programas. Los afiliados perderán el acceso a los incentivos y las recompensas ganados de la aplicación Go365® si se desafilian voluntariamente de Humana Healthy Horizons o si pierden la elegibilidad para Medicaid por más de ciento ochenta (180) días. Al final del año del plan (30 de junio), los afiliados con inscripción continua tendrán 90 días para canjear sus recompensas.

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

Cuenta de MyHumana

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

Para acceder a su cuenta de MyHumana en un dispositivo móvil o en una computadora de escritorio:

- Vaya a [Humana.com/Login](https://www.humana.com/Login).
- Ingrese su nombre de usuario y contraseña.

¿Necesita registrarse en MyHumana?

- Visite [es-www.humana.com/Registration](https://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.

Mejoramiento de la calidad

Su cuidado significa mucho para nosotros. El plan tiene el objetivo de realizar cambios duraderos en su vida al mejorar su salud y bienestar a través de los últimos servicios vitales y de salud.

Tenemos un programa para mejoramiento de la calidad (QI, por sus siglas en inglés) que tiene el objetivo de:

- 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 fines 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 realiza 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 visite 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 conforme a la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés). La ACE es un grupo de entidades cubiertas legalmente separadas que están afiliadas y se han designado a sí mismas como una sola entidad cubierta para efectos de la HIPAA. Encontrará una lista completa de los miembros 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 pueden ver su información.
- Limitar la forma en que usamos 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
- A la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos

Tenemos el derecho a usar y divulgar su información:

- A un médico, un 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 provistos por proveedores de cuidado de la salud y el pago de las primas del plan de salud.
- Para actividades operativas del cuidado de la salud, lo que incluye procesar su afiliación, responder sus preguntas, coordinar su cuidado, mejorar la calidad y determinar las primas.
- Para efectuar actividades de evaluación de riesgo. Sin embargo, no utilizaremos los resultados de pruebas genéticas ni formularemos preguntas en relación con el historial familiar.
- Al patrocinador de su plan para permitirle realizar funciones de administración del plan, como actividades de elegibilidad, afiliación y desafliliación. 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

ACE de seguros

Aviso sobre Prácticas de Privacidad

(continuación)

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 o 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 está disponible para comunicarse, como en una emergencia.
- A su familia y amigos, o cualquier otra persona que usted identifique. 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 miembro de su familia o un cuidador nos llama con conocimiento previo de una reclamación, podemos confirmar si dicha reclamación se recibió y pagó.
- Para proporcionar información de pago al suscriptor como fundamento ante el Servicio de Impuestos Internos.
- A agencias de salud pública, si consideramos que existe una grave amenaza para la salud o la seguridad.
- A las autoridades pertinentes con respecto a temas como abuso, negligencia o violencia familiar.
- En respuesta a una orden administrativa o del tribunal, citación, solicitud de revelación u otros procesos legales.
- A los efectos de hacer valer la ley, a autoridades militares y según lo exija la ley.
- Para 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 o 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.

¿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 las divulgaciones de notas de psicoterapia
- Los fines de mercadeo
- La venta de información personal y de salud

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

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

¿Cuáles son mis derechos con respecto a mi información?

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

- Acceso: Usted tiene derecho a revisar y obtener una copia de su información que pueda utilizarse para tomar decisiones sobre usted. También puede recibir un resumen de esta información de salud. Tal como lo exigen las leyes aplicables, pondremos esta información personal a su disposición o a disposición de su representante designado.
- Decisión 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

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

ACE de seguros

Aviso sobre Prácticas de Privacidad

(continuación)

salud y otras actividades determinadas. Mantenemos esta información y la ponemos a su disposición durante seis años. Si solicita esta lista más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle un cargo razonable sobre la base del costo.

- **Aviso:** 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.

¿Qué debo hacer si creo que violaron mi privacidad?

Si cree que violaron su privacidad de alguna manera, puede presentar un reclamo llamándonos al 1-866-861-2762 en cualquier momento.

También puede presentar un reclamo por escrito 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.

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

Nuestras Responsabilidades

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

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

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

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

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

- Comuníquese con nosotros al 1-866-861-2762.
- Visite nuestro sitio web en es-www.humana.com y seleccione el enlace Privacy Practices (Prácticas de Privacidad).
- Envíe el formulario de solicitud completado a:
Humana Inc. Privacy Office 003/10911
101 E. Main Street
Louisville, KY 40202

Oficina de Quejas Formales y Apelaciones

FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE

Nombre del afiliado

Número de identificación del afiliado

Número de referencia

El afiliado debe completar esta sección.

Elijo a _____ para que actúe en mi nombre.

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

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

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

El afiliado firma aquí.

Fecha

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

El tutor legal o representante debe completar esta sección.

Soy _____ de _____.

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

Acepto representar o actuar en nombre de _____.

(El nombre del afiliado va aquí.)

El tutor legal o representante debe firmar aquí.

Fecha

Dirección: _____

Número de teléfono: _____



¿Tiene alguna pregunta?

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



Humana
Healthy Horizons®
in Oklahoma

OKHM3Z6SP