

Adiestramiento para Médicos sobre los Planes de Necesidades Especiales para 2025

Fecha de vigencia: 1 de enero de 2025

Humana®



599004ALL1124-A

Nombres de los planes

Humana Dual Fully Integrated – HMO

Humana Dual Fully Integrated – HMO-POS

Humana Dual Select – HMO

Humana Dual Select – HMO-POS

Humana Gold Plus SNP-DE (HMO-POS)

HumanaChoice Florida SNP-DE (PPO)

Humana Gold Plus SNP–DE (HMO)

Humana Gold Plus SNP – Chronic condition (HMO)

Humana Community HMO SNP-DE (HMO)

Humana Gold Plus Integrated SNP-DE (HMO-POS)

HumanaChoice SNP–DE (PPO)

Humana Together in Health – I-SNP (HMO/PPO) Humana Senior Living– IE –SNP (HMO)

iCare Medicare Plan SNP-DE (HMO)

iCare Family Care Partnership (HMO)

Breve introducción sobre el libro de registro

- Si está viendo esta presentación a través del adiestramiento sobre el Plan de Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés) de BrainShark que se encuentra en es-www.Humana.com/ProviderCompliance, asegúrese de ingresar toda la información solicitada en el libro de registro que aparece cuando abre la presentación. Esa información permitirá a Humana otorgarle crédito por el adiestramiento y garantizará que reciba un certificado de finalización después de ver la presentación.
- Si tiene más de 4 números de identificación fiscal (TIN, por sus siglas en inglés) para declarar, envíe por correo electrónico una lista de todos sus TIN, incluidos nombre del proveedor, dirección, fecha original y nombre de la organización que utilizó para completar el adiestramiento a: NNO_ProviderCompliance@Humana.com.

¿Qué es un Plan de Necesidades Especiales?

Un SNP es un plan de cuidado coordinado de Medicare Advantage creado especialmente para enfocarse en las necesidades de algunos de sus pacientes más vulnerables.

Juntos podemos trabajar para crear un plan de cuidado diseñado específicamente para cada afiliado a un SNP.



Humana ofrece 3 tipos de SNP

- Para Personas con Doble Elegibilidad (D-SNP)
 - Identificado en la tarjeta de identificación de afiliado de Humana como **D-SNP**.
 - Cubre a los afiliados elegibles para Medicare y Medicaid.
- SNP para personas con condiciones crónicas (C-SNP)
 - Identificado en la tarjeta de identificación de afiliado de Humana como **C-SNP**.
 - Cubre a los afiliados elegibles para Medicare que tienen al menos 1 de las siguientes condiciones:
 - Diabetes mellitus, desórdenes pulmonares crónicos, desórdenes cardiovasculares y fallo cardíaco crónico
- SNP institucional o equivalente a un SNP institucional (I-SNP/IE-SNP)
 - Identificado en la tarjeta de identificación de afiliado de Humana como **I-SNP** (también aplica a los **IE-SNPs**).
 - Cubre a los afiliados elegibles para Medicare que también requieren un nivel de cuidado institucional.
 - La elegibilidad se basa en lo siguiente:
 - Confirmación de una estadía mínima de 90 días en un centro contratado por Humana para ofrecer I-SNP; o
 - Una evaluación de necesidades aprobada por los CMS que confirme que la condición del paciente probablemente requerirá una estadía de 90 días.
 - Los pacientes que viven en Illinois o Wisconsin y que requieren un nivel de cuidado institucional pueden ser elegibles para un IE-SNP.

Definición de D-SNP: conozca la terminología

	Categoría de Medicaid	Tipo de Cubierta de Medicaid	Protección de Costos Compartidos	Prima de Medicare Cubierta por Medicaid
Costos Compartidos Protegidos por Leyes Federales	QMB+	Total	Sí	Partes A y B
	QMB	Parcial	Sí	Partes A y B
Puede tener protección de costos compartidos por el estado	SLMB+	Total	Varía según el estado	Parte B
	SLMB	Parcial	No	Parte B
Puede tener protección de costos	FBDE	Total	Varía según el estado	Varía según el estado Parte B

Total = Elegible para las protecciones de costos compartidos de la Parte A y B y cubierta de primas y beneficios adicionales de Medicaid

Parcial = Elegible para la protección de costos compartidos de la Parte A y B y cubierta de primas y no elegible para los beneficios adicionales de Medicaid

Información general sobre los SNP

- MA siempre es el pagador principal.
- Según los CMS, los médicos/proveedores no pueden facturar saldos a un beneficiario cualificado de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés), también conocido como afiliado con protección de costo compartido.
 - Consulte los Códigos de Observación de Aviso de Remesa (RARC, por sus siglas en inglés) ubicados en el Aviso Electrónico de Remesa (ERA, por sus siglas en inglés) y los códigos EX que se encuentran en la Explicación Tradicional de Remesa (TEOR, por sus siglas en inglés) impresa para ayudarle a identificar a los afiliados con protección de costo compartido (CSP, por sus siglas en inglés) a quienes no se les deben facturar saldos.
- Los médicos/proveedores no pueden negarle el servicio a un afiliado basándose en su estado de pagador secundario.
- Los CMS pueden imponer sanciones a los médicos/proveedores de cuidado de la salud que facturen saldos a un afiliado que tenga CSP.
- También pueden proveerse beneficios mejorados, como servicios de la vista, dentales, de la audición, de transporte de rutina y de medicamentos sin receta.

Afiliados con doble elegibilidad y protección de costo compartido

Los consultorios NO pueden facturar a los pacientes que tienen protección de costo compartido (CSP, por sus siglas en inglés).

- La ley federal prohíbe la facturación de saldos a los afiliados que tienen CSP.
- Los proveedores deben aceptar el pago de Humana o de Medicaid como pago completo incluso si deciden no facturar a Medicaid.
- El proveedor debe ignorar cualquier saldo restante. No deben facturarse estos saldos al afiliado.

¿Qué es un paciente con CSP?

- CSP es una categoría de doble elegibilidad que define el tipo de beneficios de Medicare que recibe un afiliado.
- Los afiliados con estado de CSP tienen la parte que le corresponde al afiliado de los deducibles, copagos y coaseguros de las Partes A y B de Medicare **reducida a \$0**.
- El estado de CSP de un afiliado se puede encontrar en www.availity.com o verificar llamando al Servicio al Cliente de Humana al **800-626-2741**.

¿Qué indica el contrato con Humana?

El anexo (r) de las disposiciones de MA de Humana establece que *“El médico acepta no cobrar ni intentar cobrar copagos, coaseguros, deducibles u otras cantidades de costo compartido a ningún afiliado de Medicare Advantage de Humana que haya sido designado como Beneficiario Cualificado de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés) por los CMS”*.

Encuentre más información sobre facturación de saldos y beneficiarios con doble elegibilidad [aquí](#):

Disponibilidad de planes SNP de Humana para 2025

Estado	D-SNP	C-SNP	I-SNP	Estado	D-SNP	C-SNP	I-SNP
Alabama*	✓			Nebraska	✓		
Arizona		✓		Nevada	✓	✓	
Arkansas	✓	✓		New York	✓		
California	✓			North Carolina	✓	✓	
Colorado	✓			North Dakota	✓		
Florida*	✓	✓		New Mexico		✓	✓
Georgia	✓	✓	✓	Ohio	✓	✓	✓
Illinois		✓		Oklahoma	✓	✓	
Indiana	✓	✓	✓	Oregon		✓	
Iowa	✓		✓	Pensilvania	✓		
Kansas		✓		South Carolina	✓	✓	✓
Kentucky	✓	✓	✓	Tennessee*	✓	✓	✓
Louisiana	✓	✓	✓	Texas*	✓	✓	✓
Maine	✓			Utah	✓		
Maryland	✓			Virginia	✓	✓	✓
Michigan	✓	✓		Washington	✓	✓	✓
Mississippi	✓	✓		West Virginia	✓		✓
Misouri	✓	✓		Wisconsin†	✓		
Montana	✓			Puerto Rico*	✓		

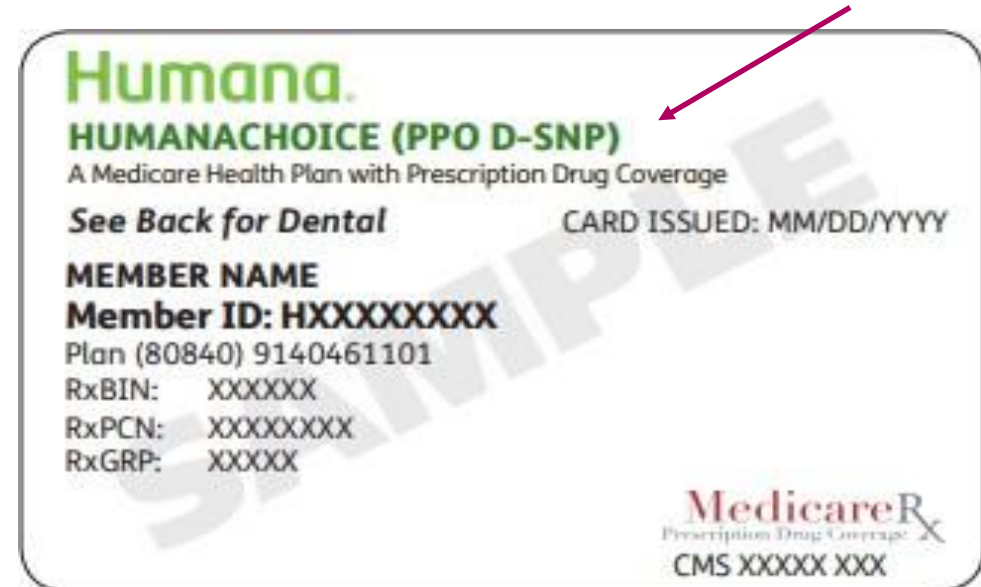
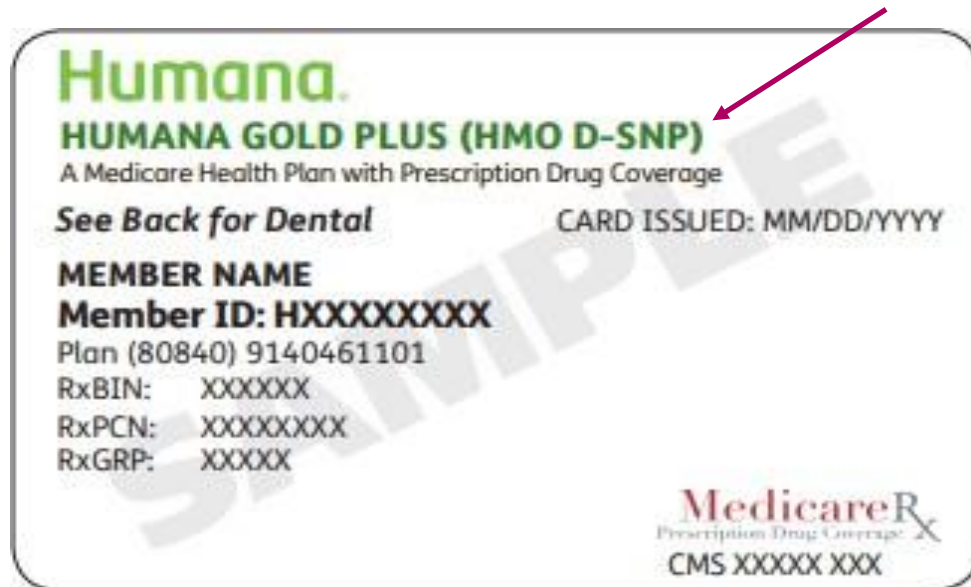
* Indica los estados donde Humana coordina el reembolso de los costos compartidos con la autoridad de Medicaid del estado.

† Indica dónde está disponible un IE-SNP.

Identificación de afiliados con planes SNP

- Los afiliados a SNP de Humana tienen una tarjeta de identificación específica.
- En el frente de la tarjeta, justo debajo del logotipo de Humana, se indica el tipo de SNP que tiene el afiliado. Los proveedores de cuidado de la salud pueden comunicarse con el servicio al cliente de Humana o visitar www.availity.com para obtener esta información.
- Los afiliados a SNP deben presentar su tarjeta de identificación de Humana y su tarjeta de Medicaid.

Ejemplos de tarjetas de identificación de Humana HMO SNP y PPO SNP



Presentación de reclamaciones de D-SNP según el estado para los servicios de las Partes A/B de MA

- Alabama, Florida, Texas y Puerto Rico: Humana recibe un pago por afiliado por mes (PMPM, por sus siglas en inglés) que cubre la parte del costo compartido que cubriría Medicaid para todas las categorías de protección de costo compartido.
 - Las partes de Medicare y Medicaid se pagan al mismo tiempo.
- Tennessee: Después de la adjudicación de la reclamación, Humana transfiere las reclamaciones de D-SNP de Tennessee directamente a los proveedores de Medicaid de Tennessee. Los proveedores no facturan a Medicaid de Tennessee para consideración del pago secundario.
- Indiana: Los afiliados que tienen un plan Medicaid de Humana:
 - Antes del 1 de julio de 2024, deben enviar las reclamaciones de pago secundario a la Agencia de Medicaid de Indiana.
 - A partir del 1 de julio de 2024, deben facturar a Humana directamente el procesamiento de los pagos primario y secundario.
- Los afiliados de Indiana que no tienen un plan Medicaid de Humana:
 - Deben seguir los procedimientos actuales para presentar reclamaciones a la Agencia de Medicaid de Indiana para el pago secundario.
- Todos los demás estados, a excepción de Puerto Rico: el proveedor de cuidado de la salud factura a Humana y luego a Medicaid para que se considere el pago secundario.

Requisitos de elegibilidad

Estado	Tipo de plan y PBP del contrato	Entidad legal	Subtipo	Categorías de elegibilidad cubiertas
Alabama	HMO	Arcadian Health Plan, Inc.	Sin costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB, SLMB+*, QI, QDWI, y FBDE*
	H5619-093			
	LPPO	Humana Insurance Company	Costos compartidos de \$0	QMB+*, SLMB+*, FBDE*
	H5216-370			
Arkansas	HMO	Arcadian Health Plan, Inc.	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H5619-123			
	LPPO	Humana Insurance Company	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H5216-219			
	LPPO	Humana Insurance Company	Sin costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB, SLMB+*, QI, QDWI, y FBDE*
California	HMO	Arcadian Health Plan, Inc.	Costos compartidos de \$0	2025: Se puede conservar a los afiliados existentes, pero no se puede afiliar personas nuevas. QMB+*, SLMB+*, y FBDE*
	H5619-038			
Colorado	HMO	CHA HMO, Inc.	Sin costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB, SLMB+*, QI, QDWI, y FBDE*
	H0028-078, 079			
	LPPO	Humana Insurance Company	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H5216-267			
Florida (Humana/CarePlus)	HMO - HIDE	Careplus Health Plans, Inc.	Sin costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB, SLMB+*, QI, QDWI, y FBDE*
	H1019-023, 073, 146			
	H1036-077,102, 209, 210, 213, 214, 226, 285, 304, 314	Humana Medical Plan, Inc.		
	HMO - FIDE (AIP)	Humana Medical Plan, Inc.	Costos compartidos de \$0	QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H1036-280			
	LPPO - HIDE	Humana Health Insurance Company of Florida, Inc.	Sin costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB, SLMB+*, QI, QDWI, y FBDE*
	H7284-010			
	LPPO - HIDE	Humana Insurance Company	Sin costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB, SLMB+*, QI, QDWI, y FBDE*
	H5216-394			
	LPPO - HIDE (AIP)	Humana Health Insurance Company of Florida, Inc.	Costos compartidos de \$0	QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H7284-003			

* Indica las categorías de protección de costos compartidos para ese estado.

La fuente de color rojo indica cambios para 2025.

Requisitos de elegibilidad

Estado	Tipo de plan y PBP del contrato	Entidad legal	Subtipo	Categorías de elegibilidad cubiertas
Georgia	HMO	HUMANA EMPLOYERS HEALTH PLAN OF GEORGIA, INC.	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H4141-003			
	LPPO	Humana Insurance Company	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H5216-205			
	H5216-206	Humana Insurance Company	Sin costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB, SLMB+*, QI y FBDE*
Indiana	HMO	Arcadian Health Plan, Inc.	Costos compartidos de \$0	QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H5619-054 - HIDE (Elegible para Pathways)		Sin costos compartidos de \$0	QMB*, SLMB, QI, QDWI
	H5619-156 (únicamente parcial)		Costos compartidos de \$0	QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H5619-158 (No elegible para Pathways)			
Iowa	LPPO	Humana Insurance Company	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H5216-268			
Kentucky	HMO - HIDE		Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H1036-235	Humana Medical Plan, Inc.		QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H5619-163	Arcadian Health Plan, Inc.	Sin costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+*, y FBDE*, SLMB, QI, QDWI
	H5619-075			
	H6622-018	Humana WI Health Organization Insurance Corp	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	LPPO - HIDE	Humana Benefit Plan of Illinois, Inc.	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H5525-045			
Louisiana	HMO		Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H1951-032,041	Humana Health Benefit Plan of Louisiana, Inc.		
	H1951-057	Humana Health Benefit Plan of Louisiana, Inc.	Costos compartidos de \$0	QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H1951-056	Humana Health Benefit Plan of Louisiana, Inc.	Sin costos compartidos de \$0	QI, QDWI, SLMB
	LPPO	Humana Insurance Company	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H5216-330, 332			

* Indica las categorías de protección de costos compartidos para ese estado.
La fuente de color rojo indica cambios para 2025.

Requisitos de elegibilidad

Estado	Tipo de plan y PBP del contrato	Entidad legal	Subtipo	Categorías de elegibilidad cubiertas
Maine	HMO	Arcadian Health Plan, Inc.	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H5619-003			
	LPPO	Humana Insurance Company	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H5216-291			
Maryland	HMO	Humana WI Health Organization Insurance Corp	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H6622-086			
	LPPO	Humana Insurance Company	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H5216-377			
Michigan	HMO	Humana Medical Plan of Michigan, Inc.	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H8908-005			QMB+*, SLMB+*, y FBDE*
	H8908-007			
	LPPO	Humana Insurance Company	Sin costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB, SLMB+*, QI, QDWI, y FBDE*
	H5216-385		Costos compartidos de \$0	QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H5216-388			
Mississippi	HMO		Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H1036-222	Humana Medical Plan, Inc.		
	H6622-048	Humana WI Health Organization Insurance Corp		
	LPPO	Humana Insurance Company	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H5216-292			QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H5216-367		Sin costos compartidos de \$0	QI, QDWI, SLMB
	H5216-298			
Missouri	HMO	CHA HMO, Inc.	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H0028-015			
	H0028-068		Sin costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+*, SLMB, y FBDE*
	LPPO	Humana Insurance Company	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H5216-164			
Montana	HMO	Humana WI Health Organization Insurance Corp	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, y SLMB+*
	H6622-008			

* Indica las categorías de protección de costos compartidos para ese estado.

La fuente de color rojo indica cambios para 2025.

Requisitos de elegibilidad

Estado	Tipo de plan y PBP del contrato	Entidad legal	Subtipo	Categorías de elegibilidad cubiertas
Nebraska	HMO	CHA HMO, Inc.	Sin costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB, SLMB+*, QI, QDWI, y FBDE*
	H0028-007			
Nevada	HMO	Humana WI Health Organization Insurance Corp	Costos compartidos de \$0	QMB+*, QMB*, y FBDE*
	H6622-079			
	LPPO	Humana Insurance Company	Costos compartidos de \$0	QMB+*, QMB*, y FBDE*
	H5216-302			
New York	HMO	Humana Health Company of New York, Inc.	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, y FBDE*
	H3533-002, 034-001, 002			
	LPPO	Humana Insurance Company of New York	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, y FBDE*
	H5970-020			
North Carolina	HMO	Humana Medical Plan, Inc.	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H1036-167		Sin costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB, SLMB+*, QI, QDWI, y FBDE*
	H1036-307			
	H6622-027	Humana WI Health Organization Insurance Corp	Sin costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB, SLMB+*, QI, QDWI, y FBDE*
	LPPO	Humana Benefit Plan of Illinois, Inc.	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H5525-036		Sin costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB, SLMB+*, QI, QDWI, y FBDE*
	H5525-072			
	H5525-072			
North Dakota	LPPO	Humana Insurance Company	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H5216-418			
Ohio	HMO	Humana WI Health Organization Insurance Corp	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H6622-015			QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H6622-087			
	LPPO	Humana Benefit Plan of Illinois, Inc.	Sin costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB, SLMB+*, QI, QDWI, y FBDE*
	H5525-046			

* Indica las categorías de protección de costos compartidos para ese estado.
La fuente de color rojo indica cambios para 2025.

Requisitos de elegibilidad

Estado	Tipo de plan y PBP del contrato	Entidad legal	Subtipo	Categorías de elegibilidad cubiertas
Oklahoma	LPPO	Humana Insurance Company	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H5216-228, 331			
Pensilvania	HMO	Humana WI Health Organization Insurance Corp	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H6622-078-001, 002			
	LPPO	Humana Insurance Company	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H5216-227, 373			
Puerto Rico	HMO - HIDE (AIP)	Humana Health Plans of Puerto Rico, Inc.	Sin costos compartidos de \$0	Afilia a todas las personas con doble elegibilidad, cuando un territorio no tiene categorías “tradicionales” de elegibilidad de Medicaid/no tiene acceso a protección de costos compartidos/no tiene la “Ayuda Adicional” de la Concesión por Bajos Ingresos (LIS, por sus siglas en inglés).
	H4007-016, 018, 026, 027, 030, 031			
South Carolina	HMO	Arcadian Health Plan, Inc.	Costos compartidos de \$0	QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H5619-082			
	LPPO	Humana Insurance Company	Costos compartidos de \$0	QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H5216-277			
Tennessee	HMO	Cariten Health Plan, Inc.	Costos compartidos de \$0	Se puede conservar a los afiliados existentes, pero no se puede afiliar personas nuevas. QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H4461-022			Se pueden afiliar miembros nuevos: QMB*
	H4461-038			
Texas	HMO	CHA HMO, Inc.	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, y SLMB+*
	H0028-031, 032, 033, 034, 036, 044, 045			
Utah	LPPO	Humana Insurance Company	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H5216-296			

* Indica las categorías de protección de costos compartidos para ese estado.

La fuente de color rojo indica cambios para 2025.

Requisitos de elegibilidad

Estado	Tipo de plan y PBP del contrato	Entidad legal	Subtipo	Categorías de elegibilidad cubiertas
Virginia	HMO	Humana WI Health Organization Insurance Corp	Costos compartidos de \$0	QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H2875-002			
	H2875-004			QMB*
	HMO (FIDE - AIP)			QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H2875-001			
	H2875-003			QMB*
West Virginia	HMO	Arcadian Health Plan, Inc.	Sin costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB, SLMB+*, QI, QDWI, y FBDE*
	H5619-126			
	H5619-162		Costos compartidos de \$0	QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	LPPO	Humana Insurance Company	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H5216-220			
Washington	HMO	Arcadian Health Plan, Inc.	Costos compartidos de \$0	QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H5619-155, 167			
	H5619-166, 168			QMB
	H5619-165		Sin costos compartidos de \$0	QI, SLMB
Wisconsin	HMO (HIDE/FIDE AIP) H2237-001, 007	Independent Care Health Plan	Costos compartidos de \$0	Por determinar
	H5216-420 (HIDE)	Humana Insurance Company	Sin costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB, SLMB+*, QI, y FBDE*

* Indica las categorías de protección de costos compartidos para ese estado.
La fuente de color rojo indica cambios para 2025.

Resumen de beneficios

- Los proveedores de cuidado de la salud pueden ayudar a los afiliados a comprender sus beneficios accediendo a su resumen de beneficios.
- El resumen contiene una comparación de los beneficios disponibles para el afiliado a través de Medicaid o Humana. Ofrece información de contacto estatal de Medicaid si se indica un referido o la coordinación de beneficios.
- Para acceder al resumen del plan del afiliado, se debe hacer lo siguiente:
 - Inicie sesión en www.availity.com.
 - Seleccione “Patient Registration” (Afiliación del paciente) en la parte superior izquierda de la página.
 - Elija “Eligibility and Benefits Inquiry” (Consulta de elegibilidad y beneficios).
 - Complete el formulario “New Request” (Nueva solicitud) para buscar los beneficios del afiliado.
 - Seleccione el enlace “Medicare Certificate of Coverage” (Certificado de cubierta de Medicare).
 - Acepte el descargo de responsabilidad que indica que está saliendo del sitio de Availity. Se abrirá la página de Internet de Humana donde puede buscar el plan del afiliado mediante el código postal.
 - Asegúrese de revisar la sección “Plan Maximums and Deductibles” (Máximas y deducibles del plan) para determinar si un afiliado cuenta con CSP.

* CSP significa que no se le puede facturar el saldo al paciente.

Modelo de cuidado de los SNP de Humana

Según lo dispuesto en la sección 1859(f)(7) de la Ley de Seguro Social, cada SNP debe tener un modelo de cuidado (MOC, por sus siglas en inglés) aprobado por el Comité Nacional de Garantía de Calidad (NCQA, por sus siglas en inglés). El MOC brinda el marco básico mediante el cual cada SNP cubrirá las necesidades de los pacientes. Sirve como base para promover procesos de calidad, de gestión del cuidado y de coordinación del cuidado de los SNP.

El MOC de Humana tiene 4 metas:

- Mejorar los resultados de los afiliados coordinando el cuidado y garantizando las transiciones en el cuidado.
- Mejorar el acceso de los afiliados a los servicios y beneficios, y la utilización de estos.
- Aumentar la satisfacción de los afiliados con su experiencia en el cuidado de la salud y su estado de salud.
- Garantizar la prestación de servicios eficiente desde el punto de vista económico.

Humana alcanza estas metas mediante lo siguiente:

- La realización de evaluaciones de riesgos para la salud (HRA, por sus siglas en inglés) para identificar las necesidades que representan un riesgo.
- El desarrollo de un plan de cuidado para abordar las necesidades identificadas.
- El acceso a un equipo interdisciplinario de cuidado.

HRA e ICP

Evaluaciones de Riesgos para la Salud (HRA)

- Se administran dentro de los 90 días de la afiliación y dentro de los 365 días de una evaluación previa.
- Producen un perfil de estado de salud actual.
- Apoyan la estratificación de los pacientes en niveles de intervención (LOI, por sus siglas en inglés) para determinar el nivel mínimo de alcance proactivo.

Plan de cuidado individualizado (ICP, por sus siglas en inglés)

- Lo desarrolla el coordinador de cuidado de la salud con aportes del paciente y del proveedor de cuidado de la salud.
- Se basa en los resultados de la HRA y en los LOI.
- Incluye metas, objetivos, intervenciones y resultados medibles.
- Aborda servicios y beneficios específicos disponibles.
- El coordinador de cuidado de la salud lo revisa y lo actualiza durante el proceso de reevaluación anual, cuando se produce un cambio significativo en el estado de salud del paciente, a pedido del paciente o cuando el coordinador de cuidado de la salud lo considera necesario.
- Se reemplaza por un plan de cuidado básico cuando no es posible comunicarse con el paciente o este se niega a participar.

HRA e ICP

Para acceder a la HRA y al ICP a través de Availity

- Inicie sesión en www.availity.com.
- Seleccione “Patient Registration” (Afiliación del Paciente) en la parte superior izquierda de la página.
- Seleccione “Eligibility and Benefits” (Elegibilidad y Beneficios).
- En la página de resultados, seleccione “Assessment & Care Plan” (Evaluación y Plan de Cuidado) y “Member Summary” (Resumen del Afiliado).

Para acceder a la HRA y al ICP a través de Compass

- Inicie sesión en el Portal de Compass a través de <https://populationinsightscompass.humana.com>
- Seleccione al paciente desde “Member List” (Lista de Afiliados) o “Patient Search” (Búsqueda de Pacientes) por H#.
- Seleccione “Care Plans” (Planes de Cuidado) del menú desplegable.

*Puerto Rico está excluido de este proceso actualmente.

Equipo interdisciplinario de cuidado

- Humana reúne a un equipo de proveedores de diversas disciplinas profesionales que trabajan en conjunto para brindar cuidado.
- Los servicios se centran en la planificación del cuidado para apoyar al afiliado y optimizar su calidad de vida.
- Un equipo interdisciplinario de cuidado (ITC, por sus siglas en inglés) normalmente incluye:
 - El afiliado o los cuidadores del afiliado
 - El proveedor del afiliado
 - Administrador y coordinadores de cuidado clínico de Humana
 - Los trabajadores sociales y proveedores de servicios sociales comunitarios
 - El profesional de la salud del comportamiento de Humana o del afiliado
- Al inicio del año calendario 2024, se recomienda que todos los afiliados que tengan un SNP realicen un encuentro en persona con un miembro del ICT.
 - Ejemplos de tipos que cualifican: la Visita Anual de Bienestar que realiza el proveedor de cuidado primario (PCP) cumple con los requisitos de los CMS, cuidado preventivo, tratamiento y manejo de condiciones de salud, actividades de administración de cuidados y salud del comportamiento.
 - El encuentro en persona debe completarse de manera presencial o mediante telesalud visual, interactiva y en tiempo real.

La función del proveedor de cuidado de la salud

- Recibir y revisar evaluaciones de riesgos para la salud, según corresponda.
- Completar el Formulario de Verificación de Condiciones Crónicas (VCC, por sus siglas en inglés) para los afiliados que tengan un C-SNP.
- Colaborar con el administrador de cuidados para desarrollar y modificar el plan de cuidado.
- Participar en conferencias sobre el cuidado, ya sea por teléfono, mediante el intercambio de comunicaciones escritas y, si es posible, en persona para promover la coordinación del cuidado.
- Promover las medidas de calidad del Conjunto de datos e información sobre la efectividad de los servicios de cuidado de la salud (HEDIS®, por sus siglas en inglés). Estas con las medias del HEDIS exclusivas para los SNP:
 - Reconciliación de los medicamentos tras el alta
 - Cuidado de adultos mayores

Planes de Necesidades Especiales para condiciones crónicas (C-SNP) y verificación de condiciones crónicas

- El C-SNP se vende únicamente en determinados estados: AR, AZ, FL, GA, IA, IL, IN, KS, KY, LA, MI, MS, MO, NV, NC, NM, OH, OK, OR, SC, TN, TX, VA y WA.
- Se le brinda al afiliado un formulario de VCC en blanco al momento de afiliarse, y luego se le envía un formulario prellenado con información demográfica con una Carta de acuse de recibo de la afiliación.
- Existen varias formas mediante las cuales los médicos/el personal del consultorio pueden verificar las condiciones crónicas:
 - Hay un botón de “C-SNP Condition Verification” (Verificación de la condición C-SNP) en Availity.
 - Se puede enviar el formulario por fax al 877-889-9936.
 - Se puede escanear el formulario y mandarlo por correo electrónico a VCC@humana.com
 - Se puede realizar la verificación de manera verbal llamando al 877-271-5229, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., hora del este.
- Cuando se trabaja con afiliados que tienen un C-SNP, los administradores de cuidados pueden determinar si se ha recibido la VCC; si no se recibió, deben llamar al PCP para solicitar la verificación de la(s) condición(es) que cualifica(n) mediante cualquiera de los canales mencionados anteriormente.
- La(s) condición/condiciones que cualifica(n) se debe(n) verificar dentro de los 60 días de la afiliación o se desafiliará a la persona el último día de ese mes.

Elementos del MOC de los SNP: el administrador de cuidados personalizados

El administrador de cuidados actúa como el punto de contacto principal para los afiliados que tienen un SNP y es responsable de la implementación y la supervisión de todos los aspectos de la administración del cuidado. Las tareas del administrador de cuidados incluyen las siguientes:

- Actuar como el “director de orquesta” clínico y vincular a los afiliados y a los participantes del ICT
- Coordinar el cuidado del ICT: médicos, farmacia, etc.
- Administrar las HRA
- Ayudar con el ICP
- Planificar y respaldar las altas
- Educar a los afiliados y a sus cuidadores
- Ofrecer apoyo de la salud e investigaciones para los afiliados
- Conectar a los afiliados con recursos comunitarios y servicios sociales
- Brindar orientación para instrucciones anticipadas/el final de la vida

Recursos de los CMS

Manual de Cuidado Administrado de Medicare

- [Capítulo 5](#)
- [Capítulo 16-B](#)

El artículo de MLN Matters sobre la facturación de saldos se puede encontrar [aquí](#).

MOC de los SNP: Consejería de CMS [Capítulo 5: Evaluación de Calidad del Manual de Cuidado Administrado de Medicare](#)

Recursos por estado e información adicional

Pennsylvania

Community HealthChoices (CHC, por sus siglas en inglés) es el programa obligatorio de cuidado administrado de Pensilvania para personas con discapacidades físicas y con doble elegibilidad, que atiende a más personas en las comunidades, dándoles la oportunidad de trabajar, pasar más tiempo con la familia y experimentar una mejor calidad de vida en general.

Para obtener más información sobre CHC visite [CHC Provider Trainings \(Adiestramientos para Proveedores de CHC\) | Department of Human Services \(Departamento de Servicios Humanos\) | Commonwealth of Pennsylvania \(Estado Libre Asociado de Pensilvania\)](#)

Washington: Para obtener más información sobre los Defensores del Pueblo de Washington, las Quejas formales y Apelaciones, los Médicos de Familia y otros recursos específicos del estado, consulte el apéndice de Washington de nuestro manual para proveedores [aquí](#).

Para obtener más información

- Visite Provider.Humana.com
- Llame al Departamento de Relaciones con los Proveedores de Humana al 800-626-2741.
- Los proveedores de Puerto Rico pueden llamar al 800-611-1474.
- Comuníquese por correo electrónico a NNO_ProviderCompliance@Humana.com.
- Los asuntos sobre reclamaciones se pueden enviar a humanaproviderservices@humana.com.

Derechos a Quejas Formales, Apelaciones y Audiencias Imparciales

Quejas Formales

Humana
P.O. Box 14165
Lexington, KY 40512-4165

Teléfono: 800-457-4708 (TTY 711)
Fax: 888-556-2128

Apelaciones

Humana
P.O. Box 14165
Lexington, KY 40512-4165

Teléfono: 800-457-4708 (TTY 711)
Apelaciones aceleradas: 800-867-6601
Fax: 800-949-2961

Derechos a Audiencias Imparciales

La ley federal exige que los programas estatales de Medicaid brinden la oportunidad de una audiencia imparcial a cualquier persona cuya reclamación para recibir ayuda sea rechazada o para la cual no se actúe rápidamente. Se puede obtener más información en la página de Internet del estado.

Quejas formales y Apelaciones para Puerto Rico

Quejas Formales

Humana Grievances and Appeals Department
P.O. Box 195560
San Juan, PR 00919-5560

Teléfono: 866-773-5959 (TTY: 711)
Fax: 800-595-0462 (solo para quejas formales
aceleradas)

Apelaciones

Humana Grievances and Appeals Department
P.O. Box 195560
San Juan, PR 00919-5560

Teléfono: 866-773-5959 (TTY: 711)

¿Tiene TIN adicionales para declarar?

¿Tiene TIN o NPI adicionales que no haya podido introducir cuando inició sesión en el Libro de Registro?

Si es así, no dude en introducirlos aquí.