

Member Handbook

Manual de Afiliados



Humana Family Florida Medicaid
Humana Family Medicaid de Florida



Humana®

Humana Family

Table of contents

Section I: Important member information

How to use this handbook	6
Your identification (ID) card	6

Section II: Your rights

Your rights.....	7
Your responsibilities	8
Enrollment.....	8
Open enrollment.....	8
Disenrollment	9
Reinstatement.....	10
Moving.....	10
Informed consent.....	10
Advance directives: Your medical care is your decision	10
Confidentiality	11
Member grievance and appeal procedure.....	11
Filing a grievance or an appeal	11
Grievance	12
Appeal	12
Expedited process.....	12
Medical fair hearing.....	12
Subscriber assistance program	13
Report suspected fraud	13
Report Abuse	13

Section III: Your PCP

Your Primary Care Provider (PCP)	14
Changing your PCP.....	14
Continuity of Care.....	14
Access To Your PCP	14
After-Hours Coverage.....	14
PCP And Other Providers.....	15
Second opinions.....	15
Quality performance indicators.....	15
Physician incentive payments	15
New medical treatment.....	15

Preventive care.....	15
Your Child's PCP	16
Immunization chart	16
Children's well visits	17
Pharmacy products	18
Over-the-counter (OTC) Program obtained thru PrescribeIT 1-800-526-1490.....	18

Section IV: Your care

Emergency or urgent care.....	22
Emergency and non-emergency transportation	22
Hospital Outpatient Services	22
Out-of-network non-emergency care	22
Out-of-network care for services not available	22
Pregnancy and newborn care	22
Disease Management	23
Complex Case Management	24
Quality Improvement (QI) Program.....	24
Utilization Management.....	24
Special Programs.....	25
Healthy Behaviors.....	25
Family Planning	26
Referrals or prior authorization	26
How to get services approved or authorized	27
Mental health services.....	27

Section V: Your benefits

Benefits Summary	29
Description of Benefits.....	30

If you have any questions about your plan, please call Customer Service at 1-800-477-6931. If you use a TTY, call 711. Interpretation services are available free.

SECTION 1

Important member information

- Please read and keep this member handbook in a safe place. You need to know how your health plan works.
- To be a Humana Family member, you must be on Medicaid and live in one of these Regions:
 - Region 1: Escambia, Okaloosa, Santa Rosa, and Walton Counties
 - Region 6: Hardee, Highlands, Hillsborough, Manatee, and Polk Counties
 - Region 9: Indian River, Martin, Okeechobee, Palm Beach, and St. Lucie Counties
 - Region 10: Broward County
 - Region 11: Miami-Dade and Monroe Counties
- As a Humana Family member, you have rights and responsibilities. They are listed in this handbook. You can also ask your primary care physician to show you a copy.
- Humana Family members in the same household may get care from the same primary care provider.
- Always show your Humana Family ID card at your primary care provider's office, a pharmacy, or the hospital.
- Get a list of providers by calling the Humana Family Customer Service toll free at 1-800-477-6931 (TTY 711). You can also go to our website at **Humana.com/members**.
- If you have questions about services that your plan covers, call Customer Service at 1-800-477-6931 (TTY 711).
- For mental health and counseling services:
 - Call Psychcare Behavioral Health Services at 1-800-221-5487 for Miami-Dade, Monroe, Broward, Palm Beach, Indian River, Martin, Okeechobee, St. Lucie, Hardee, Highlands, Hillsborough, Manatee, and Polk Counties.
 - Call Access Behavioral Health Services at 1-866-477-6725 for Escambia, Okaloosa, Santa Rosa, and Walton Counties.
- To find out about quality performance indicators or member satisfaction surveys, call Customer Service at 1-800-477-6931 (TTY 711).
- For Humana's written policies and benefit limits, call 1-800-477-6931 (TTY 711).
- Let us know how we can make Humana Family a better plan. Call Customer Service at 1-800-477-6931 (TTY 711).

Local Medicaid office toll-free phone numbers:

- Region 1: Escambia, Okaloosa, Santa Rosa, and Walton Counties: 1-800-303-2422
- Region 6: Hardee, Highlands, Hillsborough, Manatee, and Polk Counties: 1-800-226-2316
- Region 9: Indian River, Martin, Okeechobee, Palm Beach, and St. Lucie Counties: 1-800-226-5082
- Region 10: Broward County: 1-866-875-9131
- Region 11: Miami-Dade and Monroe Counties: 1-800-953-0555

Aging and Disabilities Resource Center toll-free Helpline:

To apply for services, call 1-800-96-ELDER (1-800-963-5337) or contact your local Aging and Disability Resource Center.

- Region 1: Escambia, Okaloosa, Santa Rosa, and Walton Counties: 1-850-494-7101
- Region 6: Hardee, Highlands, Hillsborough, Manatee, and Polk Counties: 1-813-740-3888
- Region 9: Indian River, Martin, Okeechobee, Palm Beach, and St. Lucie Counties: 1-561-684-5885
- Region 10: Broward County: 1-954-745-9567
- Region 11: Miami-Dade and Monroe Counties: 1-305-670-6500

This information is available for free in other languages. Please contact our customer service number at 1-800-477-6931. If you use TTY, call 711, Monday – Friday, 8 a.m. to 8 p.m.

HOW TO USE THIS HANDBOOK

Welcome to Humana Family!

We want you and your family to get all the benefits you can get as a member of Humana Family. Please take time to read this handbook. It will help you understand your benefits and how to get medical services when you need them. It has a list of the doctors, hospitals, and other healthcare providers in the Humana Family Network.

Your identification (ID) card

You'll get an ID card from Humana Family. This card shows providers that you're a Humana Family member. If you lose your card, call Humana Family Customer Service at **1-800-477-6931 (TTY 711)**. We'll get you a new card.

Humana.

Humana Family MEMBER NAME

ID#: XXXXXXXX

MAID#: XXXXXXXX

Date of Birth: XX/XX/XX

Effective Date: XX/XX/XX

PCP Name: XXXXXXXX

PCP Phone: (XXX) XXX-XXXX

Primary Care Address: XXXXXXXXXXXX

Customer Service: 1-800-477-6931

Pharmacist Rx Inquiries: 1-800-865-8715

Humana Medical Plan, Inc.

For Pre-Certification and/or
admission notification call:
1-800-523-0023

Group #: XXXXXXXX

RxBIN: 610649

RxPCN: 03190000

Important Information - Members

- Use this card when you need health care.
- All medical care for Humana Family members is provided through your Humana Family doctors, hospitals and other Humana Family providers. Your primary care doctor will be happy to help.
- IF YOU HAVE AN EMERGENCY, go to the nearest emergency room. Call or have the emergency room call your Humana Family doctor as soon as possible. If you are not sure that your problem is an emergency, contact your primary care doctor immediately.
- This card belongs to Humana Family and must be given up if asked.

Important Information - Service Providers

- This card is for identification only. Having this card DOES NOT mean that members are eligible at all times. Membership should be verified with the Plan at time of service.
- Please mail all claims to:

**HUMANA CLAIMS OFFICE
P.O. BOX 14601
LEXINGTON, KY 40512-4601**

AHCA HMO COMPLAINT HOTLINE 1-888-419-3456

SECTION 2

Your rights

1. You have the right to be treated with courtesy and respect, with appreciation of your individual dignity, and with protection of your need for privacy.
2. You have the right to a prompt and reasonable response to questions and requests.
3. You have the right to know who is providing medical services and who is responsible for your care.
4. You have the right to know what patient support services are available, including whether an interpreter is available if you do not speak English.
5. You have the right to know what rules and regulations apply to your conduct.
6. You have the right to be given by the healthcare provider information concerning diagnosis, planned course of treatment, alternatives, risks and prognosis.
7. You have the right to refuse any treatment, except as otherwise provided by law.
8. You have the right to be given, upon request, full information and necessary counseling on the availability of known financial resources for your care.
9. If you're eligible for Medicare you have the right to know, upon request and in advance of treatment, whether the healthcare provider or healthcare facility accepts the Medicare assignment rate.
10. You have the right to receive, upon request, prior to treatment, a reasonable estimate of charges for medical care.
11. You have the right to receive a copy of a reasonably clear and understandable, itemized bill and, upon request, to have the charges explained.
12. You have the right to impartial access to medical treatment or accommodations, regardless of race, national origin, religion, handicap, or source of payment.
13. You have the right to treatment for any emergency medical condition that will deteriorate from failure to provide treatment.
14. You have the right to know if medical treatment is for purposes of experimental research and to give your consent or refusal to participate in such experimental research.
15. You have the right to express grievances regarding any violation of your rights, as stated in Florida law, through the grievance procedure of the healthcare provider or healthcare facility which served you and through the appropriate state licensing agency.
16. You have the right to participate in decisions regarding your health care, including the right to refuse treatment, except as otherwise provided by law.
17. You have the right to receive information on available treatment options and alternatives, presented in a manner appropriate to your condition and ability to understand.

Your responsibilities

1. You're responsible for providing the healthcare provider with accurate and complete information about present complaints, past illnesses, hospitalizations, medications, and other matters relating to your health to the best of your knowledge.
2. You're responsible for reporting unexpected changes in your condition to the healthcare provider.
3. You're responsible for reporting to the healthcare provider whether you understand a possible course of action and what is expected of you.
4. You're responsible for following the treatment plan recommended by your healthcare provider.
5. You're responsible for keeping appointments and, when you're unable to do so for any reason, for notifying the healthcare provider or healthcare facility.
6. You're responsible for your actions if you refuse treatment or do not follow the healthcare provider's instructions.
7. You're responsible for assuring that the financial obligations of your healthcare are fulfilled as promptly as possible.
8. You're responsible for following healthcare facility rules and regulations affecting patient care and conduct.

Enrollment

If you are a mandatory enrollee required to enroll in a plan, once you are enrolled in Humana Family or the state enrolls you in a plan, you will have 90 days from the date of your first enrollment to try the Managed Care Plan. During the first 90 days you can change Managed Care Plans for any reason. After the 90 days, if you are still eligible for Medicaid, you will be enrolled in the plan for the next nine months. This is called "lock-in."

Open enrollment

If you are a mandatory enrollee, the state will send you a letter 60 days before the end of your enrollment year telling you that you can change plans if you want to. This is called "open enrollment." You do not have to change Managed Care Plans. If you choose to change plans during open enrollment, you will begin in the new plan at the end of your current enrollment year. Whether you pick a new plan or stay in the same plan, you will be locked into that plan for the next 12 months. Every year you may change Managed Care Plans during your 60 day open enrollment period.

Disenrollment

If you are a mandatory enrollee and you want to change plans after the initial 90-day period ends or after your open enrollment period ends, you must have a state-approved good cause reason to change plans. The following are state approved cause reasons to change Managed Care Plans:

1. The enrollee does not live in a region where the Managed Care Plan is authorized to provide services, as indicated in FMMIS.
2. The provider is no longer with the Managed Care Plan.
3. The enrollee is excluded from enrollment.
4. A substantiated marketing or community outreach violation has occurred.
5. The enrollee is prevented from participating in the development of his/her treatment plan/plan of care.
6. The enrollee has an active relationship with a provider who is not in the Managed Care Plan network, but is in the network of another Managed Care Plan. "Active Relationship" is defined as having received services from the provider within the six months preceding the disenrollment request.
7. The enrollee is in the wrong Managed Care Plan as determined by the Agency.
8. The Managed Care Plan no longer participates in the Region.
9. The state has imposed intermediate sanctions upon the Managed Care Plan, as specified in 42 CFR 438.702(a)(3).
10. The enrollee needs related services to be performed concurrently, but not all related services are available within the Managed Care Plan network, or the enrollee's primary care provider (PCP) has determined that receiving the services separately would subject you to unnecessary risk.
11. The Managed Care Plan does not, because of moral or religious objections, cover the service the enrollee seeks.
12. The enrollee missed open enrollment due to a temporary loss of eligibility.
13. Other reasons per 42 CFR 438.56(d)(2) and s.409.969(2), F.S., including, but not limited to:
 - Poor quality of care
 - Lack of access to services covered under the contract
 - Inordinate or inappropriate changes of PCPs

- Service access impairments due to significant changes in the geographic location of services
- An unreasonable delay or denial of service
- Lack of access to providers experienced in dealing with the enrollee's health care needs
- Fraudulent enrollment

To request a disenrollment for the above reasons, call the enrollment broker at 1-877-711-3662 (Phone), 866-467-4970 (TDD).

Some Medicaid recipients may change Managed Care Plans whenever they choose, for any reason. To find out if you may change plans, call the enrollment broker at 1-877-711-3662 (Phone), 866-467-4970 (TDD).

Reinstatement

You cannot be enrolled in Humana Family if you lose your Medicaid benefit. If you get it back within 180 days (6 months), Medicaid will put you back in Humana Family. Humana Family will let you know in writing if you're placed back in Humana.

Moving

Humana Family is offered in some counties in Florida. Humana Family offers services in these counties: Escambia, Okaloosa, Santa Rosa, Walton, Hardee, Highlands, Hillsborough, Manatee, Polk, Indian River, Martin, Okeechobee, Palm Beach, St. Lucie, Broward, Miami-Dade or Monroe Counties. Tell the Department of Children and Families (DCF) and Humana Family Customer Service if you move. The toll free number for DCF is 1-866-762-2237.

If you move to a different county and will not see the same PCP, call Humana Customer Service at 1-800-477-6931 and let us know. We can help you find a new PCP in your area.

Informed consent

You must agree to all medical treatment unless there's an emergency and your life is in danger. You have the right to fully understand any procedure and the reason it is needed. Talk with your PCP if you do not want a procedure done. Your PCP will tell you what your choices are so you can make a good decision.

Advance directives

Your medical care is your decision

An advance directive is a way to let others know your wishes. Your PCP should tell you what an advance directive is and why it is important. You may want to ask your PCP about it. You can change or cancel an advance directive at any time. If you make changes, tell your PCP or other providers and family members.

Humana has a form called "5 Wishes" that you can fill out to make your healthcare wishes known. This form can serve as your advance directive. If you would like a copy, call Humana Health Service at 1-800-322-2758.

Remember, your healthcare
is your choice

If you are 18 years or older, you have the right to say no to any medical treatment, including procedures that would keep you alive against your wishes. In 1990 Congress passed the Patient Self-Determination Act. Under this law, healthcare organizations must tell patients how to use this right with the help of advance directives. You can call a lawyer, your local Legal Aid Office, or the Florida Medical Association to help prepare an advance directive.

- **An advance directive** (making your wishes known) is a legal document that tells your doctor or caregiver what type of treatment you want or don't want if you're unable to talk for yourself. The two types are the living will and durable power of attorney for healthcare decisions.
- **A living will** describes how and what kind of care you want if you're not conscious or have a terminal condition that will lead to death. You can use your living will to tell your PCP or other treating doctors when to continue or discontinue "heroic" efforts to keep you alive.
- **A durable power of attorney** for healthcare decisions names the person who will make your treatment decisions for you if you're not able to make decisions or speak for yourself.

A living will or durable power of attorney for healthcare decisions is effective only when you cannot make decisions or speak for yourself. You can file a complaint if you do not think your provider followed advance directive laws and regulations. Call the Consumer Complaint Hotline at 1-888-419-3456.

Confidentiality

Humana Family respects your right to privacy. We must have your written consent to give out medical information about you. We will not give your information to employers, contractors, researchers, medical or office personnel, or anyone else unless it is allowed by law.

Member grievance and appeal procedure

Grievance: You're not happy about a matter other than an action, defined below. An example is if you do not like the way your provider treated you.

Appeal: You want a review of an "action." An example is having a service that was asked for denied.

Action:

- Denying or limiting approval of a service asked for under 42 CFR 438.400(b)
- Changing or canceling a service that was approved
- Denying payment for a service
- Not providing services in a timely manner

Humana Family can handle all member grievances and appeals. A special set of records is kept with the reason, date, and results. Humana Family keeps these records at its central office in Kentucky.

Filing a grievance or an appeal

Humana Family wants to work with you to try to settle your issue. If you have questions or an issue, call Humana Family Customer Service at 1-800-477-6931 (TTY 711) between 8 a.m. – 8 p.m.

You can call customer service to file a complaint, grievance, or an appeal. If you call about a complaint and we are unable to resolve your complaint by the close of business the following day then we will automatically send it to our grievance process. If you would like to file your complaint, grievance, or appeal in writing you can send us a letter or you can get a form from our website or by calling customer service. If you ask for a form from the Humana Family, it will be mailed within three working days. You can also ask for help from Humana Family to fill out the form.

Send your complaint, grievance, or appeal request in writing to:



Humana Family Florida Medicaid
Humana Medical Plan, Inc.
P.O. Box 14546
Lexington, KY 40512-4546
Attn: Grievance & Appeal Specialist

We will review all grievances/appeals. You can have someone help you during the process. The person helping you can be a provider or someone else you choose.

You have the right to get services during the grievance/appeal process. If you would like your services to continue you need to submit your appeal within 10 business days after the notice of action is mailed; or within 10 business days after the intended effective date of action, whichever is later. However, if the decision of the grievance/appeal is not in your favor, you may have to pay for those services.

The grievance/appeal must include the following:

- Your name, address, telephone number, and ID number
- Facts and details of what you did to settle the complaint
- What action you're looking for
- Your signature
- Date

Grievance: You have the right to make a written or verbal grievance within one year of the incident. The process may take up to 90 days. However, Humana Family will settle your grievance as quickly as your health condition requires. A letter telling you the outcome will be mailed within 90 days from the date Humana Family gets your request. You can request a 14 day extension if needed. We can also request an extension if additional information is needed and is in your best interest. Humana Family will send you a letter telling you about the extra time, what additional information is needed, and why it is in your best interest.

Appeal: You have the right to file an appeal. To do so, you can file orally or in writing within (30) calendar days from the date you receive a written denial and, except when expedited resolution is required, must be followed up with a written notice within ten (10) calendar days of the oral filing. The date of the oral notice will be considered the date of receipt. You have up to one year to file an appeal if the denial is not in writing. The appeal process may take up to 45 days. However, Humana Family will settle your appeal as quickly as your health condition requires. A letter telling you the outcome will be mailed within 45 days from the date Humana Family gets your appeal request. You can request a 14 day extension if needed. We can also request an extension if additional information is needed and is in your best interest. Humana Family will send you a letter telling you about the extra time, what additional information is needed, and why it is in your best interest.

Expedited Process: Expedited “fast” processes are used when the standard time frames could seriously jeopardize your life or health or ability to attain, maintain or regain maximum function. You have the right to make this verbal or written grievance or appeal. You or your legal spokesperson can file an “urgent” or “expedited” appeal. These appeals are handled by the Humana Family within 72 hours.

You can ask for this type of appeal by calling Humana Family at 1-888-259-6779. If it is found that an expedited process is not needed, Humana will notify you and it will go through the standard process.

Medicaid Fair Hearing: If you're not happy with Managed Care Plan's grievance or appeal decision, you can ask for a Medicaid Fair Hearing. You have up to 90 days after receiving the decision letter to request a hearing. You can also ask for a Medicaid Fair Hearing without using Humana's appeal process. You have up to 90 days from the receipt of the notice of action letter to request a fair hearing. If you are enrolled in Humana Family as part of Title XXI MediKids then you are not eligible for the Medicaid Fair Hearing process.

To ask for a Medicaid Fair Hearing, contact the Department of Children and Families at the Office of Appeals Hearings, 1317 Winewood Blvd., Building 5, Room 255, Tallahassee, Florida 32399-0700, call 1-850-488-1429, fax 1-850-487-0662, e-mail Appeal_Hearings@dcf.fl.us or visit us online at <http://www.myflfamilies.com/about-us/office-inspector-general/investigation-reports/appeal-hearings>.

You have the right to receive benefits during a Medicaid Fair Hearing. You can ask to continue to benefits by calling our Humana Family Customer Service at 1-800-477-6931 (TTY 711). If the decision is not in your favor, you may have to pay for those benefits. You have the right to review your case before and during the appeal process.

Subscriber Assistance Program: If you're not happy with Humana Family's appeal or grievance decision, you can also ask for a review by the Subscriber Assistance Program. You have one year from receiving the decision letter to ask for this review. If you've already had a review completed by a Medicaid Fair Hearing the Subscriber Assistance Program will not consider your appeal.

To ask for the Subscriber Assistance Program review, contact the Agency for Health Care Administration, Subscriber Assistance Program, Building 3, MS 26, 2727 Mahan Drive, Tallahassee, Florida 32308, or call 1-850-412-4502 (Toll free: 1-888-419-3456).

If you want to call our Customer Service by phone, call 1-800-477-6931 (TTY 711). If you cannot hear or have trouble talking, call 711. We are open from 8 a.m. – to 8 p.m. Monday – Friday. If you are calling after hours, weekends or holidays for an urgent/expedited grievance or appeal you will be asked to leave a voicemail and you will receive a call back by the end of the following day by a specialized team to address your expedited grievance or appeal.

If you need to meet with someone in person, call Customer Service 1-800-477-6931 (TTY 711).

Report suspected fraud

To report suspected fraud and/or abuse in Florida Medicaid, call the Consumer Complaint Hotline toll-free at 1-888-419-3456 or complete a Medicaid Fraud and Abuse Complaint Form, which is available online at: https://apps.ahca.myflorida.com/InspectorGeneral/fraud_complaintform.aspx; If you report suspected fraud and your report results in a fine, penalty or forfeiture of property from a doctor or other health care provider, you may be eligible for a reward through the Attorney General's Fraud Rewards Program (toll-free 1-866-966-7226 or 1-850-414-3990). The reward may be up to twenty-five percent (25%) of the amount recovered, or a maximum of \$500,000 per case (Section 409.9203, Florida Statutes). You can talk to the Attorney General's Office about keeping your identity confidential and protected.

Report abuse

To report abuse, neglect, and exploitation call the abuse hotline number at 1-800-962-2873.

SECTION 3 - YOUR PCP

Your Primary Care Provider (PCP)

Your PCP will work with you to coordinate all of your healthcare. Your PCP will do your checkups and treat most of your routine healthcare needs. If needed, your PCP may send you to specialists. You can reach your PCP by calling his/her office. Your PCP's name and phone number are printed on your ID card. It is important to call your PCP when you need medical care. You may also be seen by your PCP's assistant or a nurse.

- Please call now and set up a visit with your PCP. The phone number is on your member ID card.
- To find out which hospital a PCP or other doctor uses, or to see which doctors are not taking new patients, go to Humana's website at **Humana.com** or call Humana Family Customer Service at 1-800-477-6931 (TTY 711).
- A family can have all family members seen by the same PCP or choose different PCPs based on each family member's needs.
- Some PCPs may not cover some services based on religious or moral beliefs. If this happens to you, call Humana Family Customer Service at 1-800-477-6931 (TTY 711). If your PCP limits counseling, and/or referral services based on moral or religious grounds are developed, you will be told within 90 days.

Changing Your PCP

If you want to change your PCP, please call the Humana Family Customer Service at 1-800-477-6931 (TTY 711).

Continuity Of Care

Your PCP might leave Humana Family for some reason while you're receiving medically necessary treatment. If this happens, you have up to six months to finish your treatment before choosing another PCP. During this six-month period, your care will continue until your treatment is done or you choose another PCP. If the provider's quality of care is in question, this may not be possible. If you have a chronic illness or complex medical condition and are receiving ongoing care and service it is important for you to call Humana Family Customer Service at 1-800-477-6931 (TTY 711).

Access To Your PCP

Humana Family Plan has many PCPs in your area to give you the care you need. You are less than 30 minutes away from PCPs and hospitals and less than 60 minutes away from specialists you need to provide your healthcare.

- You can get urgently needed care in less than 24 hours. Urgently needed care is when you're very sick but your life is not in danger.
- You can get routine care in less than one week after you call your PCP.
- You can get an annual checkup in less than four weeks after you call your PCP.

After-Hours Coverage

If you feel sick and your PCP's office is closed, you should still call the PCP's office. Your PCP's office will have a voice message to tell you what to do. It may have an answering service that will call your PCP. Please ask your PCP if he/she has office hours after 5 p.m. and on weekends or holidays. Remember, your PCP's office is available by phone 24 hours a day, seven days a week. If you have an emergency, get medical attention right away and call 911.

PCP And Other Providers

Doctors, hospitals, pharmacies, and other providers in the Humana Family Network can give you all the medical care you need.

- You must get your care from providers or facilities in the network except in an emergency or during the Continuity of Care period. See the Continuity of Care section on page 14.
- If you use doctors or hospitals that are not in the Humana Family Network, or have not been approved by your PCP, you may have to pay the bill unless you are in a Continuity of Care period. See the Continuity of Care section on page 14.
- When you receive approved care from a PCP or hospital in the network, Humana Family will pay the cost.
- You may be limited to providers affiliated with their primary care medical group. This means you must go to a specialist referred by your PCP. Check with your PCP.

Second opinion

If you need a second opinion, call Humana Family Customer Service at 1-800-477-6931 (TTY 711). If your PCP tells you that you need surgery or any other medical need, and you want a second opinion, Humana Family will help you get another opinion.

The second opinion doctor will review your medical history, including any test reports, and give an opinion to your PCP at no cost to you. After reviewing this second opinion, your PCP will make the final decision about your treatment.

If you want a second opinion from a doctor who is not in the network, Humana Family can refer you to that doctor. After reviewing this second opinion, your PCP will make the final decision about your treatment. You will not be able to get treatment from the provider who gives the second opinion.

Quality performance indicators

Humana Family has data on member satisfaction and how providers score on certain measures. If you want this information, call Humana Family Customer Service at 1-800-477-6931 (TTY 711).

Physician incentive payments

Humana Family has a large network of doctors, hospitals, and pharmacies to give you the services you need. You can ask if we have special financial plans with doctors. Call our Customer Service Department at 1-800-477-6931 (TTY 711) and ask about our doctor payments.

New medical treatment

Sometimes new treatments work very well and sometimes they do not. Some can even have bad side effects. Humana Family tracks new medical research. This is how it decides new benefits for your health plan. If you think a new medical technology or treatment might help you, call your PCP. Your PCP will work with Humana Family to see if it can help you and will be covered by Humana Family.

Preventive care

It is important for you and your family to see your PCP regularly even if you are not sick. Routine checkups, tests, and screenings can help your PCP find and treat problems early before they become serious. Please call and make an appointment today.

Preventive care includes the following:

- Routine Physical Exams
- PAP Smears and Pelvic Exams
- Screening Mammography
- Prostate Cancer Screening Exam

- Alcohol Misuse Screening and Counseling
- Colorectal Screening Exams
- Depression Screening
- Diabetes Screening
- EKG Screening
- HIV Screening
- Sexually Transmitted Infection Screening and Counseling
- Immunizations

Your Child's PCP

If your child is ready to be treated by an adult care doctor instead of a children's doctor, please call the Customer Service number on the back of your insurance ID card. Here are some things to think about when making this change in a doctor:

- A primary care doctor is usually an internist or family medicine physician.
- If you have a family doctor you like, that's someone your child may want to consider. But some kids want a doctor of their own.
- Your child should be able to get an appointment quickly when needed.
- He or she should feel comfortable with the doctor.
- Help your child find a new primary adult healthcare provider if possible. Or, plan the process he or she will have to go through after moving to a new school or area.

Planning ahead and making this process a smooth transition is very important. It can help your child build a good relationship with a primary care provider. And that can have a positive effect on your child's health for many years to come.

Children's well visits

Humana Family will send you a reminder to schedule your child's yearly checkup and shot(s). This reminder has health benefit information and guidelines to follow.

Please be sure to speak with your child's PCP about lead screening. Your child should receive a blood lead screening at 12 months and 24 months of age.

Parents: Your children's care should follow the guide below. Talk to your children's PCP about vaccines, regular checkups, and testing your child for lead. Please use the checklist for the schedule for vaccines (shots) and take it with you to your child's PCP appointments.

Immunization chart

Age	At birth	2 months	4 months	6 months	12 months	15 months	18 months	19-23 months	4-6 years	7-10 years	11-12 years	13-18 years
HepB (Hepatitis B)												
Dtap/Tdap (Diphtheria, Tetanus, pertussis)								Catch up		Catch up		Catch up
Hib (Haemophilus influenza type b)							Catch up	Catch up	Catch up			
Polio								Catch up		Catch up	Catch up	Catch up
PCV (pneumococcal conjugate)							Catch up	Catch up	Catch up			
RV (Rotavirus)												
MMR (Measles, mumps, rubella)												
Varicella (chickenpox)							Catch up	Catch up		Catch up	Catch up	Catch up
HepA (Hepatitis A)							Catch up	Catch up		Catch up	Catch up	Catch up
HPV (Human Papillomavirus)									Catch up	Catch up	Catch up	Catch up
MCV4 (Meningococcal conjugate)												
Influenza (Flu)							Once a year					

Pharmacy products

Prescriptions

Humana Family covers a full range of medicines. Your PCP knows what to do if a drug is not on the Humana Family list or needs approval. If you have a prescription from one of Humana Family's providers, take it to any pharmacy in the directory.

You should show your Humana Family member ID card at the pharmacy. When you show your ID card and you get medicines that are on the prescription drug list, there are no co-pays for any prescribed medications.

- If your provider gives you a prescription for a drug that is not covered on our Covered List of Drugs, or to use a drug without certain rules and limitations, your PCP can call Humana Pharmacy Clinical Review at 1-800-555-2546 to ask for an exception. An exception is permission to get coverage for a drug(s) that are:
 - Not normally covered
 - Step therapy medicines
 - Medicines with prior authorization
 - Medicines needing a quantity over the limits in place

When asking for an exception, your doctor or another prescriber will need to explain the medical reasons why you need the exception. We will make a decision and give you an answer on the exception request within 24 hours after we get your doctor's or prescriber's statement supporting the request.

If we say yes to your request for an exception, we must give you the coverage within 24 hours after we get your request or your doctor's or prescriber's statement supporting your request. The exception usually lasts until the end of the calendar year. This is true as long as your doctor continues to prescribe the drug for you and that drug continues to be safe and effective for treating your condition.

If we say *No* to your request for an exception, we will send you a letter that explains why we said *No*. The letter will also explain how you can appeal our decision.

On Sept. 1, 2011, the process to receive some medicines to treat mental disorders for children younger than 13 years-old changed. Parents and legal guardians have to sign a consent form with the provider to receive this medicine, called psychotherapeutic medicine. The pharmacist will need this form with every new prescription. Refills won't need a new consent. There are a few ways to turn in this form to the pharmacy. Please talk to your provider about this medicine and the best way to hand the form in to your pharmacy.

Over-the-counter (OTC) Program obtained thru PrescribeIT 1-800-526-1490

This benefit gives your household up to \$25 a month of over-the-counter products. Orders will be shipped to your home by UPS or the U.S. Postal Service. There is no charge to you for shipping. Please allow 10-14 working days from when the order is received.

You will receive the generic drug that is the same as the brand name. Please ask your doctor before taking any over-the-counter product or nutritional supplement. This product list is subject to change. This program is available only to Humana Medicaid members who have a plan with this over-the-counter offering.



Item Number	Size Tamano	Generic Name Nombre Generico	Compare to Comparar	Price Precio
VITAMINS / MINERALS / NUTRITIONAL SUPPLEMENTS • Vitaminas / Minerales				
OTC 1	100	Children's Chewable Vitamins	Flintstones® Vitamins	\$4.00
OTC 902	30	Co-Enzyme Q-10 30 mg	Co-Enzyme Q-10 30 mg	\$10.00
OTC 903	100	B-Complex with B-12	B-Complex with B-12	\$8.00
OTC 911	60	Antioxidant Tablets	Antioxidant Tablets	\$7.00
OTC 10	100	Vitamin-C 500 mg	Vitamin-C 500 mg	\$6.00
OTC 107	60	One a Day Women's Multivitamin	One-A-Day Women's®	\$7.00
OTC 109	60	Calcium Citrate 600 mg + Vitamin D	Citracal® Caplets + D	\$7.00
OTC 15	60	Oyster Calcium 500 mg + Vitamin D	Os-Cal + D®	\$6.00
OTC 11	130	Daily Multi-Vitamin and Mineral	Advanced Formula Centrum®	\$8.00
OTC 12	100	Vitamin-E 400IU Synthetic	Vitamin-E 400 IU Synthetic	\$7.00
OTC 13	100	Ferrous Sulfate 5 gr	Feosol®	\$5.00
OTC 206	60	Ferrous Fumarate 325 mg	Ferretts®	\$10.00
OTC 207	100	Ferrous Gluconate	Fergon®	\$3.00
OTC 14	100	Folic Acid 400 mcg	Folic Acid 400 mcg	\$6.00
OTC 205	100	Polysaccharide-Iron Complex 150 mg	Poly-Iron 150®	\$10.00
PAIN RELIEVERS • Analgésicos				
OTC 17	36	Aspirin 81 mg Chewable	Bayer® Chewable Aspirin	\$4.00
OTC 214	50	Naproxen Sodium 220 mg- Pain Reliever	Aleve® Caplets	\$6.00
OTC 125	100	Headache Formula- Aspirin/Acetaminophen/Caffeine	Excedrin®	\$7.00
OTC 16	120	Aspirin Low Dose 81 mg EC	Bayer® Adult Low Strength EC	\$6.00
OTC 19	50	Ibuprofen 200 mg	Advil®	\$5.00
OTC 229	100	Aspirin 325 mg	Bayer®	\$6.00
OTC 94	120 ml	Ibuprofen Suspension	Children's Motrin®	\$6.00
OTC 2	100	Acetaminophen 500 mg	Extra Strength Tylenol®	\$6.00
OTC 20	30	Acetaminophen 80 mg chewable	Tylenol® Children's Chewable	\$5.00
OTC 46	120 gm	Muscle Rub	Ben-Gay®	\$7.00
OTC 21	120 ml	Acetaminophen Elixir Children's	Tylenol® Elixir	\$5.00
OTC 22	15 ml	Acetaminophen Suspension Drops	Tylenol Drops Infant	\$3.00
OTC 215	36	Effervescent Pain Relief	Alka-Seltzer®	\$6.00
COUGH / COLD / ALLERGY • Tos / Resfriados / Alergias				
OTC 110	30	Antihistamine - Loratadine 10 mg	Claritin®	\$10.00
OTC 220	180 ml	Sore Throat Spray	Chloraseptic® Spray	\$6.00
OTC 23	24	Antihistamine - Diphenhydramine 25 mg	Benadryl®	\$6.00
OTC 24	120 ml	Antihistamine - Diphenhydramine Liquid	Benadryl® Allergy Childrens	\$5.00
OTC 95	30 ml	Nasal Decongestant Spray	Afrin®	\$5.00
OTC 99	45 ml	Saline Nasal Spray	Ocean® Saline Nasal Spray	\$5.00
OTC 43	99 gm	Medicated Chest Rub	Vicks VapoRub®	\$6.00
OTC 97	24	Sinus- Acetaminophen 325 mg/Phenylephrine	Tylenol® Sinus	\$6.00
OTC 26	120 ml	Cough Suppressant/Expectorant	Robitussin® DM	\$6.00
OTC 28	120 ml	Cough Formula - Expectorant	Robitussin®	\$5.00

COUGH / COLD / ALLERGY • Tos / Resfriados / Alergias (continued)				
OTC 96	120 ml	Cough Suppressant/Expectorant/Nasal Decongestant	Robitussin® CF	\$5.00
OTC 113	30	Antihistamine – Cetirizine HCL 10 mg	Zyrtec 10 mg®	\$12.00
OTC 111	30	Expectorant – Guaifenesin 400 mg	Mucus Relief 400 mg	\$11.00
ANTI-DIARRHEALS / ANTACIDS / LAXATIVES / • Antidiarréicos/Antiacidos/ Laxantes				
OTC 30	12	Infant Glycerin Suppositories	Fleet® Glycerin Suppositories	\$2.00
OTC 29	12	Anti-Diarrheal Tablets – Loperamide 2 mg	Imodium® A-D	\$4.00
OTC 32	360 ml	Antacid / Anti-Gas Liquid	Mylanta®	\$9.00
OTC 89	70	Antacid Double-Strength Chew Tab	Mylanta® Double Strength	\$9.00
OTC 33	360 ml	Milk of Magnesia - Laxative/Antacid	Phillips® Milk of Magnesia	\$5.00
OTC 203	150	Calcium Carbonate Antacid 500mg	Tums®	\$4.00
OTC 204	360 ml	Aluminum Hydroxide Gel	Alternagel®	\$7.00
OTC 75	100	Antacid / Anti-Gas Chew Tab	Maalox® Plus	\$7.00
OTC 104	30	Ranitidine 75 mg Tablets - Antacid	Zantac®	\$7.00
OTC 93	25	Laxative – Bisacodyl 5 mg	Dulcolax®	\$5.00
OTC 208	90	Fiber Laxative Tablets	FiberCon®	\$9.00
OTC 98	30	Extra Strength Gas Relief Tablets 125mg	Gas-X® Extra Strength	\$5.00
OTC 101	100	Stool Softener Capsules	Colace®	\$7.00
OTC 3	270 ml	Enema	Fleet® Enema	\$5.00
OTC 31	60 gm	Anti-Hemorrhoidal Ointment	Preparation H®	\$7.00
OTC 112	14	Omeprazole Magnesium 20 mg	Prilosec OTC® 20 mg	\$11.00
FIRST AID / MEDICAL SUPPLIES / TOPICALS • Primeros Auxilios / Suplementos Médicos				
OTC 39		Diaper Rash Ointment	Desitin®	\$6.00
OTC 217		Allergy Cream- Itching and Pain Relief	Benadryl® Extra Strength Cream	\$5.00
OTC 231		Triple Antibiotic Ointment- Plus	Neosporin® Plus	\$7.00
OTC 35		Alcohol Prep Pads	Alcohol Swabs	\$6.00
OTC 36		Cotton Swabs	Q-Tips®	\$4.00
OTC 37		Calamine Lotion	Caladryl®	\$5.00
OTC 38		Clotrimazole Cream 1% - Athlete's Foot	Lotrimin AF®	\$6.00
OTC 4		Hydrocortisone Cream 1%	Cortizone 10®	\$5.00
OTC 40		Triple Antibiotic Ointment	Neosporin®	\$6.00
OTC 44		Plastic Bandages	Band Aids	\$5.00
OTC 48		Oral Thermometer (Digital Display)	B-D® Oral Thermometer	\$6.00
OTC 105		Lip Balm	Lip Balm	\$2.00
OTC 106		Sunscreen	Coppertone® SPF	\$7.00
OTC 114		Lubricant Eye Drops (Sterile)	Liquifilm Tears®	\$6.00
WOMAN'S HEALTH * Salud de la Mujer				
OTC 41	45 gm	Clotrimazole 1% Vaginal Cream	Gyne-Lotrimin®	\$8.00
OTC 42	45 gm	Miconazole - Nitrate 2% Vaginal Cream-7 Day	Monistat-7®	\$8.00
MEN'S HEALTH * La salud de Hombre				
OTC 202	12	Latex Condoms	Trojan®	\$4.00

Humana Family

A healthy mouth with healthy teeth and gums can improve your overall health.

Remember, a healthy mouth and teeth are important parts of a healthy body!

We know you want what's best for your family. You can help them have healthy teeth and gums.



How can you get and keep a healthy mouth?

- Brush twice every day
- Floss every day to remove food between your teeth
- Eat healthy every day make sure meals and snacks are from all five food groups:
 - Breads, cereals, and other grains
 - Fruits
 - Vegetables
 - Meat, chicken, fish, beans, eggs
 - Milk, cheese, yogurt

Here are some more tips to help with your oral care:

- If you're pregnant, you need to know that women with gum disease have higher risk of delivering a baby too early. This is because the infection in the mother's mouth can cause early labor.
- It's important to take care of your baby's mouth – even before teeth come in.
- Schedule your child's first visit to the dentist when the first tooth appears!
- Schedule visits to the dentist every six months. Your dentist will:
 - Make sure the mouth and teeth are growing the right way
 - Look for cavities
 - Do X-rays to see things the eyes can't see
 - Clean and polish teeth
 - Help prevent cavities
 - Tell you how to prevent mouth injuries

Working with your dentist will help your whole family keep their healthy smiles! To find a dentist, call Humana at 1-800-477-6931 (TTY 711).

SECTION 4 - YOUR CARE

Emergency or urgent care

You may need to decide whether to go to an emergency room or provider. Ask yourself these questions:

- Is it safe to wait and call my PCP first?
- Is it safe to wait and make an appointment in the next day or two with my PCP?
- Is it safe to wait if I can get an appointment with my PCP today?
- Could I die or suffer a serious injury if I don't get medical help right away?

If you have an emergency, call 911 or go to the closest emergency room or urgent care. Examples are:

- Heavy blood loss
- Heart attack
- Severe cuts needing stitches
- Loss of consciousness
- Poisoning
- Severe chest pains
- Loss of breath
- Broken bones

Call your PCP as soon as you can when you are in a hospital or when you get emergency care. You can call your PCP 24 hours a day. You do not need approval before getting emergency services.

If the emergency room doctor treating you tells you that your visit is not an emergency, you will be given the choice to stay and get medical treatment or follow up with your primary care physician. If you decide to stay, you will have to pay for your treatment.

If you are treated for an emergency and the treating doctor recommends treatment after you are stabilized, call your Humana Family PCP. These services do not need prior approval.

Emergency and non-emergency transportation

- For emergency transportation services, call 911.
- If you need a ride to a health care appointment that is not an emergency call LogistiCare at 1-866-779-0565. You must call at least 24 hours before your appointment time.

Hospital Outpatient Services

These services cover several items you receive as an outpatient at the hospital. This includes, but is not limited to MRI, MRA, PET, CT Scan and other Diagnostic Procedures and Tests.

Out-of-network non-emergency care outside the service area

If you are away from home and have an emergency, go to the nearest emergency room. Call your PCP as soon as you can. Know that only emergency services are covered outside your service area. Humana Family is not responsible for non-emergency healthcare services you get from an out-of-network provider unless Humana Family approves these services.

Out-of-network care for services not available

Your PCP will arrange for out-of-network care if Humana Family is unable to provide you with necessary covered services or a second opinion if a network provider is not available. Humana Family will ensure that any costs to you is not greater than it would be if the service were provided in-network.

Pregnancy and newborn

Humana Family has special program for pregnant women and newborns. If you are pregnant, become pregnant or deliver a baby while you are a member, you must call your Humana Family obstetrics case manager at 1-800-322-2758. Choose a Humana Family obstetrician or midwife for your care and make an appointment as soon as possible.

You must let the Department of Children and Family (DCF) know you're pregnant by calling 1-866-762-2237.

Before the last three months of the pregnancy, you must choose a PCP for your baby. If you do not choose a PCP for your baby, the Managed Care Plan will select one for you. If the Managed Care Plan selects the PCP and you do not want the one selected, you can change your child to another doctor. See Section 3, Changing Your PCP. You must let the Department of Children and Family know about the birth of the baby. Your baby will be enrolled on your plan from the time of birth.

Disease Management

Humana Provides a Telephonic Medicaid Disease Management Program

What is Disease Management?

Disease management is a member-focused program where nurses help members learn how to control their disease by providing education, support, community resources, and communication with their doctor and other specialists.

A Disease Management Case Manager is a licensed nurse with skills, to classify, assess, monitor, evaluate, instruct, intervene and document goals and outcomes for each member in the program.

- Diabetes
- Congestive Heart Failure
- Hypertension
- Asthma (adult and pediatric)
- HIV/AIDS

The Disease Management Program provides services that include but is not limited to:

- Evaluating member needs that can affect control of their disease such as physical limitations, emotional stress, transportation difficulties, and environmental needs.
- Creating individualized self-management goals based on Health history, psychosocial assessment, doctors recommendations, and member needs
- Providing education on diagnosis and treatment
- Referrals to other healthcare providers as needed
- Member and provider support regarding diagnosis, plan of care, and other health related concerns
- Educating members on recommended health checks
- Educating and assisting members on reaching disease specific diet and exercise goals

The goal of the Medicaid Disease Management program is to:

- Improve members understanding and assist self-management of their disease with education and support while following their doctors plan of care.
- Help the member to reach and maintain optimal control of their disease or diseases.
- Increase awareness of the health risks associated with certain personal behaviors and lifestyles
- Improve members' understanding of the importance of seeing their doctor or specialists for regular visits
- Help members know who to call if there is an urgent situation and in an emergency
- Find and obtain community-based resources that meet the member's medical, psychological and social needs
- Evaluate results of the program on the health of members who participate in the program

You may choose to enroll or disenroll from the program at any time.

If you have one of the above diseases ask your PCP for a Disease Management Program referral or you can self-refer by any of the below methods:

- Phone: Call Humana at 1-800-322-2758
- Website: **Humana.com** DM Hours of Operation: Monday – Friday, 8:30 a.m. – 5 p.m., Eastern time
- If you would like to provide feedback on the Disease Management program or have a complaint, please contact: Phone: 1-800-322-2758
- Website: **Humana.com** DM Hours of Operation: Monday – Friday, 8:30 a.m. – 5 p.m., Eastern time

Complex Case Management

Medicaid members may be eligible to receive Complex Case Management services if they have experienced multiple hospitalizations or have complex medical needs that require frequent and ongoing assistance. Complex Case Management is provided to Medicaid members by Humana nurses specially trained in case management. A team of Physicians, Social Workers, and Community Services Partners are on hand to help make sure members' needs are met and all efforts are made to improve and optimize their overall health and well-being. The case management program is optional.

To receive additional information about the Complex Case Management Program, self-refer or opt out of the Complex Case Management Program, you may contact our Health Services Department at 1-800-322-2758.

Quality Improvement (QI) Program

Humana's quality improvement program includes clinical care, preventive care and member services. Find out about our QI Program at http://www.humana.com/resources/support_center/guidelines/information.aspx. Members may also obtain a written QI program description by calling 1-800-4-HUMANA [1-800-448-6262], or provide input into the QI Program by writing to:

Humana Quality Management Department
321 West Main, WFP 20
Louisville, KY 40202

Utilization Management (UM)

Humana Family wants to make sure everyone receives the right medical care from the right provider at the right time. To make sure of this, Humana Family works with your doctors and hospital to make sure the number of days you stay in the hospital and the services you receive are medically needed and right for your medical condition.

It is important to understand that:

- UM decision making at Humana is based only on appropriateness of care and service and existence of coverage.
- Humana does not specifically reward practitioners or other individuals for issuing denials of coverage.
- Financial incentives for UM decision makers do not encourage decisions that result in underutilization.

If you have questions or concerns related to utilization management, staff is available from 8:30 a.m. – 5 p.m. Eastern Time, Monday – Friday.

Humana Family has people and free language interpreter services available to answer questions related to UM from non-English speaking members. TTY users should call 711.

Special programs

Humana Family can refer you to some of the services listed below in your area. To learn more about these services, call your PCP or Humana Family Customer Service at 1-800-477-6931 (TTY 711). We respect your right to privacy and will not share any of your information related to these programs.

- **Domestic violence program**

Your PCP should screen you for signs of domestic violence during your visit for preventive care. You can also get educational materials from your PCP. Call your PCP or Humana Family Customer Service to find out more.

- **Pregnancy prevention program**

Humana Family can refer you to community pregnancy prevention programs that are open to you. You can use them no matter what your age, gender, pregnancy status, or parental consent. Call your PCP or Humana Family Customer Service to find out more.

- **Prenatal/postpartum program**

Humana Family has a before - and after - pregnancy program. You will have a case manager who will help you through your pregnancy and give you learning materials. The program also provides incentives, or ways to keep you on track, for healthy behaviors. When you have your baby, you will get more information about family planning from your case manager and your PCP. They will also refer you to the Healthy Start and WIC programs. Call your PCP or Humana Family Customer Service at 1-800-477-6931 (TTY 711) to find out more.

- **Children's program**

Humana Family can refer you to children's programs in your local area that help prevent health problems and give early healthcare services to families with children aged 0 - 5 years old. Humana Family also teams with your PCP to help you keep your children healthy. Talk to your PCP about these programs in your area or call Humana Family Customer Service at 800-477-6931 (TTY 711) to find out more.

Healthy Behaviors Program

You will be pleased to know about some important updates coming to your plan. Starting January 1, 2015, you can take advantage of these Healthy Behaviors Programs:

- **Children's Nutrition:**

Take your child, 5-17 years old, to the doctor for information on healthy eating and exercise. The doctor will discuss height and weight scores and how to make healthy choices. Humana will reward you with a \$20 gift card. (Only (1) reward per year)

- **Lead Screening and Well-Child Visit Program:**

Complete your child's well visit with the doctor and test for possible lead poison. Make this doctor's visit when your child is 12 months old, 24 months old, or up to 48 months old (for catch-up screenings). Humana will reward you with a \$20 gift card. (Only (2) rewards per child)

- **Adolescent Well-Child Visit Program:**

Complete your teen's checkup visit (12 to 21 years old) with the doctor. Humana will reward you with a \$20 gift card. (Only (1) reward per year)

- **Mom's First Prenatal and Post-partum Program:**

Complete all doctor visits before and after your baby comes. Humana will send you a \$30 gift card. (Only (1) reward per pregnancy)

- **First Baby Well Visit Program:**

Complete your baby's first checkup with the doctor within two (2) months after your baby is born. Humana will send you a \$20 gift card. (Only (1) reward per child's first well baby visit)

- **Smoking Cessation Program:**

The Smoking Cessation program gives you a coach to help with support groups and other resources in your area. Complete the program, and Humana will reward you with a \$30 gift card.

Or complete the program using medicine from your doctor to help you stop smoking. Humana will reward you with a gift card totaling \$50. (\$50 total reward amount per member).

- **Substance Abuse Program:**

The Substance Abuse program gives you a coach to help with support groups and other resources in your area. Complete these three steps of the program:

1. Join the Substance Abuse program. Humana will reward you with a \$10 gift card
2. Stay sober for 90 days in the program. Humana will reward you with a \$20 gift card.
3. Stay sober for 180 days in the program. Humana will reward you with a \$20 gift card

- **Humana Family Fit Program:**

Join the Family Fit program. Then, get a checkup from your doctor. Humana will reward you with a \$25 gift card. When you join the Fit program, you may get:

- A personal health coach
- Information on healthy eating
- A Weight Scale
- A Walking Kit: includes a steps counter, a drawstring backpack, a water bottle and a towel. These tools can help you reach your goals. (Only (1) scale and kit per lifetime)

Complete the Family Fit program. Then, get a checkup from your doctor. Humana will reward you with another \$25 gift card. (Only (2) gift cards per year)

Ask your doctor for more information and how to enroll in the programs

Incentives and rewards are non-transferrable. Members will lose access to earned incentives and rewards if they voluntarily disenroll from the Humana Family plan or lose Medicaid eligibility for more than one-hundred eighty (180) days (and are not automatically reinstated in Humana Family).

Family planning

You can get your family planning services from your doctor. This allows your doctor to coordinate your healthcare needs. You also can choose from any Medicaid doctor for family planning services. Prior approval is not needed. For more information, call Humana Family Customer Service at 1-800-477-6931 (TTY 711).

Referrals and prior authorization

The following services are available without a referral from your PCP. That means that your PCP does not have to approve these services for you. See the Benefit Summary in Section 5 of this handbook for more information.

- Podiatry (foot services)
- Dermatology (skin disorders)
- Chiropractor
- Yearly eye exam and glasses
- Family planning from any Medicaid provider
- Obstetrics/gynecological services
- Mammograms from any Humana Family provider
- Routine hearing exams
- Routine and preventive dental services

How to get services approved/authorized

Some services require a referral from your PCP and prior authorization from the Managed Care Plan before you can get them. Your PCP will ask for this approval and schedule these services for you. If you do not get approval from your PCP, you may have to pay for the medical care or services.

Mental health services

For mental health services, please call the mental healthcare provider in your area. They can give you a list of common problems with behavior and they can talk to you about how to recognize the problems.

Members in Miami-Dade, Monroe, Broward, Palm Beach, Indian River, Martin, Okeechobee, St. Lucie, Hardee, Highlands, Hillsborough, Manatee, and Polk Counties: Call Psychcare at 1-800-221-5487.

Members in Escambia, Okaloosa, Santa Rosa, and Walton Counties: Call Access at 1-866-477-6725.

- **Mental Health Care Provider**

To choose a mental healthcare provider in Miami-Dade, Monroe, Broward, Palm Beach, Indian River, Martin, Okeechobee, St. Lucie, Hardee, Highlands, Hillsborough, Manatee, and Polk Counties area call Psychcare toll free at 1-800-221-5487. Members in Escambia, Okaloosa, Santa Rosa, Walton area call Access at 1-866-477-6725.

- No referral is needed from your PCP to get behavioral health services. If you want to change your mental health provider, please call the mental healthcare provider in your area.
- Your mental health provider will make all arrangements, approvals, and referrals for mental health specialists and hospitals.
- For a list of providers in your area, refer to the Managed Care Plan Medicaid Member Handbook & Provider Directory.
- If you are unhappy with your current Managed Care Plan mental health provider, you may choose another in-network provider at no cost to you.

- **Mental Health Services**

Treatment for psychiatric and emotional disorders includes the following services:

- Counseling
- Evaluation and testing services
- Therapy and treatment services
- Pet Therapy
- Art Therapy
- Rehabilitation services
- Children's behavioral healthcare services
- Day treatment services

For more information on behavioral health services, call the mental healthcare provider in your area. There may be limitations, exclusions, and limits on out-of-network providers.

- **Access to Your Mental Health Provider**

The Managed Care Plan has many mental health providers in your area to provide the care you need. You are less than 30 minutes away from mental health providers and hospitals and less than 60 minutes away from specialists.

- You can get urgently needed care in less than 24 hours.
- Urgently needed care is when you are very sick but your life is not in danger.
- You can get a well care visit within four weeks after you call your mental health provider.
- You can get routine care in less than one week after you call your mental health provider.

- **Emergency Mental Health Care within the Service Area**

If you have an emergency, go to the closest emergency room or urgent care facility. Services after you are stabilized are provided without prior approval. Please follow up with your PCP as soon as you can. Call your mental healthcare provider first if you are not sure if your problem is an emergency. You can call your mental healthcare provider in your area 24 hours a day.

Emergency mental health conditions include:

- Danger to yourself or others
- Serious harm to the body that may cause death
- Unable to carry out actions of daily life

- **Emergency Mental Health Care outside the Service Area**

If you are outside the service area and you have an emergency (see Emergency Mental Conditions), go to the closest emergency room or urgent care facility. Services after you're stabilized are provided without prior approval. Please follow up with your PCP as soon as you can. Call your mental healthcare provider first if you're not sure if your problem is an emergency. You can call the mental healthcare provider in your area 24 hours a day.

Members in Miami-Dade, Monroe, Broward, Palm Beach, Indian River, Martin, Okeechobee, St. Lucie, Hardee, Highlands, Hillsborough, Manatee, and Polk Counties: Psychcare at 1-800-221-5487.

Members in Escambia, Okaloosa, Santa Rosa, Walton: Access at 1-866-477-6725.

- **Out-of-Network Nonemergency Mental Health Care outside the Service Area**

The Managed Care Plan is not responsible for nonemergency mental healthcare services you get from an out-of-network provider unless The Managed Care Plan approves those services.

*Post stabilization services are provided without prior authorization.

SECTION 5 – Benefit Summary

Benefits	You Pay*	Additional Information
Inpatient Hospital Services/Behavioral Health	\$0	May need prior authorization or a referral. Your PCP or Customer Service can give you more details.
Hospital Outpatient/Surgery	\$0	May need prior authorization or a referral. Your PCP or Customer Service can give you more details. See “Inpatient Hospital Services”.
Lab/X-ray	\$0	May need prior authorization or a referral. Your PCP or Customer Service can give you more details.
Hospital Outpatient Services (non-emergency)	\$0	No monetary limit on outpatient services. Subject to medical necessity. May need prior authorization or a referral.
Outpatient Therapy (physical/respiratory/speech/occupational)	\$0	May need prior authorization or a referral. Your PCP or Customer Service can give you more details.
Emergency Room	\$0	
Ambulatory Surgery	\$0	May need prior authorization or a referral. Your PCP or Customer Service can give you more details.
Dialysis Services	\$0	May need prior authorization or a referral. Your PCP or Customer Service can give you more details.
Chemotherapy Services	\$0	May need prior authorization or a referral. Your PCP or Customer Service can give you more details.
Primary Care Provider/ARNP/PA	\$0	
Specialty Physician	\$0	May need prior authorization or a referral. Your PCP or Customer Service can give you more details.
Clinic (FQHC, RHC)	\$0	May need prior authorization. Your PCP or Customer Service can give you more details.
Family Planning/Maternity Services	\$0	May need prior authorization. Your PCP or Customer Service can give you more details.
Birth Center and Licensed Midwife Services	\$0	May need prior authorization or a referral. Your PCP or Customer Service can give you more details.

Benefits	You Pay*	Additional Information
Hospice	\$0	
Home Health Services	\$0	May need prior authorization or a referral. Your PCP or Customer Service can give you more details. See Home Health Services on page 32.
Nursing Care	\$0	
Assistive Care Services	\$0	See Assistive Care Services on page 31.
Chiropractor	\$0	May need prior authorization. Your PCP or Customer Service can give you more details.
Podiatrist	\$0	May need prior authorization. Your PCP or Customer Service can give you more details.
Dental Services	\$0	See Dental Services on page 32.
Vision Services	\$0	See Vision Services on page 31.
Hearing Services	\$0	See Hearing Services on page 31 .
Outpatient/Behavioral Health	\$0	May need prior authorization or a referral. Your PCP or Customer Service can give you more details.
Outpatient/Pharmacy	\$0	Medications received in a doctor's office may need prior authorization. Medications received from your pharmacy may be subject to step therapy, prior authorization or quantity limits.
Non-emergency Transportation	\$0	May need prior authorization or a referral. Your PCP or Customer Service can give you more details.
Ambulance	\$0	May need prior authorization or a referral. Your PCP or Customer Service can give you more details.
Durable Medical Equipment	\$0	May need prior authorization or a referral. Your PCP or Customer Service can give you more details.

Description of Benefits

Inpatient Hospital Services:

For members age 20 and below :

Physical and Behavioral Health

- The plan shall provide up to 365 days of health related inpatient care, including behavioral health each year.
- Prior authorization and other limits may apply.

Transplant Services

- The Plan will cover medically necessary transplants and related services.
- Prior authorization and other limits may apply.

For Pregnant adults:**Physical and Behavioral Health**

- The plan shall provide up to 365 days of health related inpatient care, including behavioral health each year.
- Prior authorization and other limits may apply.

Substance Abuse Treatment Program

- The plan will cover up to 28 days of inpatient coverage for pregnant adults.
- Prior authorization and other limits may apply.

Transplant Services

- The Plan will cover medically necessary transplants and related services.
- Prior authorization and other limits may apply.

For non-pregnant members age 21 and older:**Physical and Behavioral Health**

- The plan will cover up to 45 days of inpatient coverage and up to 365 days of emergency inpatient care, including behavioral health.
- Prior authorization and other limits may apply.

Transplant Services

- The Plan will cover medically necessary transplants and related services.
- Prior authorization and other limits may apply.

Assistive Care Services:

You may qualify for Assistive care services if you reside in an assisted living facility, mental health residential treatment facility, or an adult family-care home.

Assistive care services are provided to individuals who demonstrate functional limitations and must be based on need as confirmed by an assessment and provided in accordance with an individual service plan for each resident developed from an annual assessment.

Assistive care services are similar to services typically provided in residential care facilities to residents who require an integrated set of services on a 24-hour basis. They include assistance with activities of daily living, assistance with instrumental activities of daily living, medication assistance, and health support.

Prior authorization and referral may apply.

Nursing Care

Medically necessary in home shift nursing and personal care services provided by a registered nurse (RN), licensed practical nurse (LPN) or Certified Nurse's Aide under the direction of a qualified home health agency.

Vision services

You are covered for medically necessary services including examination, diagnosis, treatment and management of eye disease, vision exams for eyeglasses and medically necessary services and supplies like eyeglasses, prosthetic eyes and contact lenses; fitting, dispensing and adjusting eyeglasses and eyeglass repair services.

For members under the age of 21, the plan covers unlimited glasses.

For members ages 21 and over, the plan covers:

- One (1) set of glasses every (2) years;
- One (1) set of frames per year; member pays any cost over fifty dollars (\$50) for specialty contact lenses and a twenty percent (20%) discount on extra cost.
- Must be medically necessary and may need prior authorization.

Call Customer Service at 1-800-477-6931 (TTY:711) for a list of other covered vision services or Humana Family vision providers.

Hearing services

You are covered for medically necessary hearing screenings and diagnostic testing.

The plan also covers hearing aids, hearing aid fitting and dispensing, and hearing aid repairs and accessories.

Medically necessary cochlear implant services including provision of the device, post-operative tuning of the headset, and replacement and repairs by physicians, audiologists and hearing aid specialists are also covered.

The plan covers:

- Unlimited hearing aid repairs, maintenance and cleaning in the doctors office
- Forty (40) hearing aid batteries a year per new hearing aid
- One (1) factory hearing aid repair every 3 years
- Hearing services must be medically necessary

Call HearUSA at 1-877-664-9353 for a Humana Family hearing provider near you.

Dental services

Full dental services are covered for members age 20 and below.

All members are covered for denture and denture-related services and oral and maxillofacial surgery services for all members.

For members age 21 and older, the plan covers:

- Emergency dental services
- One (1) basic exam every six (6) months
- One (1) X-ray per year
- One (1) cleaning every six (6) months
- One (1) fluoride treatment every six (6) months
- One (1) periodontal Treatment every three (3) years

Call Customer Services at 1-800-477-6931 (TTY 711) to find out more about dental services and how to choose a dentist.

Newborn Circumcision

Your newborn male child is covered up to 12 weeks of age. Call Humana Family at [1-800-477-6931] (TTY 711) for more information.

Post discharge home-delivered meals

Covers 10 frozen, precooked meals delivered to your home after discharge from inpatient hospital visit, Long term acute care hospital or rehabilitation facility. Limitations: Must receive Humana Case Manager approval. Limited to once per benefit year. Call Humana Family at [1-800-477-6931] (TTY 711).

Physician home visits

If your doctor feels you are unable to travel to a provider office or clinic to receive services, you are covered for 31 doctor visits to your home. Subject to medical necessity. Call Humana Family at [1-800-477-6931] to find out more about this benefit.

Vaccines

You are covered for pneumonia, Influenza (flu), and shingles vaccines. Talk to your PCP to find out more about this benefit.

Nutritional counseling

Medically necessary nutritional counseling sessions through participating providers. Limit of six sessions per year. PCP referral and pre-authorization may be required.

Medically Related Lodging and food

You may be covered for medically related expenses, including lodging and food in the event that you are not able to visit a provider for a medically necessary service the local service area. This benefit is limited to the member and one (1) companion.

Prior Authorization and other limits may apply. Call Humana Family at 1-800-477-6931 (TTY 711) to find out more about this benefit.

Home Health Services

You are covered for unlimited home health visits. Includes medically necessary intermittent skilled nursing care, home health aide services, and rehabilitation services. Prior authorization and referral may be required, subject to medical necessity.

Contenido

Sección I: Información importante para los afiliados

Cómo usar este manual.....	37
Su tarjeta de identificación.....	37

Sección II: Sus derechos

Sus derechos.....	38
Sus responsabilidades.....	39
Inscripción.....	39
Inscripción abierta.....	39
Desafiliación.....	40
Restablecimiento.....	41
Traslados.....	41
Consentimiento informado.....	41
Instrucciones por adelantado: Su atención médica es decisión suya.....	41
Confidencialidad.....	42
Procedimiento de presentación de quejas formales y apelaciones de los afiliados.....	42
Cómo presentar una queja formal o una apelación.....	42
Queja formal.....	43
Apelación.....	43
Proceso acelerado.....	43
Audiencia imparcial de Medicaid.....	43
Programa de asistencia para abonados.....	44
Denuncia de presunto fraude.....	44
Denuncia de abusos.....	44

Sección III: Su proveedor de atención primaria

Su proveedor de atención primaria (PCP).....	45
Cómo cambiar de proveedor de atención primaria.....	45
Continuidad de la atención.....	45
Acceso a su proveedor de atención primaria.....	45
Cobertura fuera del horario de atención.....	45
Proveedor de atención primaria y otros proveedores.....	46
Segunda opinión.....	46
Indicadores de desempeño en materia de calidad.....	46
Pagos de incentivos a médicos.....	46
Nuevo tratamiento médico.....	46

Atención médica preventiva	47
El proveedor de atención primaria de su hijo	47
Visitas para el bienestar infantil	47
Calendario de vacunación	48
Productos de farmacia	49
Programa de productos de venta sin receta (OTC) a través de PrescribeIT 1-800-526-1490	49

Sección IV: Su atención

Emergencias o atención de urgencia	53
Transporte de emergencia y sin carácter de emergencia.....	53
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	53
Atención sin carácter de emergencia fuera de la red.....	53
Atención fuera de la red para servicios no disponibles.....	53
Embarazo y atención de recién nacidos	53
Manejo de enfermedades.....	54
Administración de casos complejos	55
Programa de Mejora de la Calidad (QI)	55
Gestión de usos	55
Programas especiales	56
Conductas saludables	56
Planificación familiar	56
Referidos o autorización previa.....	56
Cómo obtener la aprobación o autorización para los servicios	57
Servicios de salud mental.....	57

Sección V: Resumen de beneficios

Resumen de beneficios	59
Descripción de beneficios.....	61

Si tiene preguntas sobre su plan, llame al Servicio al Cliente al 1-800-477-6931. Si utiliza un TTY, llame al 711. Se ofrecen servicios de interpretación sin cargo.

SECCIÓN 1

Información importante para los afiliados

- Tenga a bien leer y guardar este manual de afiliados en un lugar seguro. Usted debe saber cómo funciona su plan de salud.
- Para afiliarse a Humana Family, debe tener Medicaid y vivir en alguna de estas Regiones:
 - Región 1: Condados de Escambia, Okaloosa, Santa Rosa y Walton
 - Región 6: Condados de Hardee, Highlands, Hillsborough, Manatee y Polk
 - Región 9: Condados de Indian River, Martin, Okeechobee, Palm Beach y St. Lucie
 - Región 10: Condado de Broward
 - Región 11: Condados de Miami-Dade y Monroe
- Como afiliado de Humana Family, usted tiene derechos y responsabilidades, los cuales se detallan en este manual. También puede pedirle a su médico de atención primaria que le muestre una copia de los mismos.
- Los afiliados de Humana Family que conviven en el mismo hogar pueden recibir atención del mismo proveedor de atención primaria.
- Muestre siempre su tarjeta de identificación de Humana Family cuando visite el consultorio de su proveedor de atención primaria, una farmacia o el hospital.
- Llame sin cargo al Servicio al Cliente de Humana Family al 1-800-477-6931 (TTY 711) para obtener un listado de los proveedores. También puede visitar nuestro sitio web en **Humana.com/members**.
- Si tiene preguntas sobre los servicios que cubre su plan, llame al Servicio al Cliente al 1-800-477-6931 (TTY 711).
- Para servicios de asesoramiento y salud mental:
 - Llame a Psychcare Behavioral Health Services (Servicios para la salud del comportamiento) al 1-800-221-5487 para los condados de Miami-Dade, Monroe, Broward, Palm Beach, Indian River, Martin, Okeechobee, St. Lucie, Hardee, Highlands, Hillsborough, Manatee y Polk.
 - Llame a Access Behavioral Health Services al 1-866-477-6725 para los condados de Escambia, Okaloosa, Santa Rosa y Walton.
- Para averiguar sobre los indicadores de calidad o las encuestas de satisfacción de los afiliados, comuníquese con el Servicio al Cliente al 1-800-477-6931 (TTY 711).
- Para obtener información sobre los límites de beneficios y las políticas escritas de Humana, llame al 1-800-477-6931 (TTY 711).
- Háganos saber cómo podemos mejorar el plan Humana Family. Llame al Servicio al Cliente al 1-800-477-6931 (TTY 711).

Los números de teléfono gratuitos de la oficina local de Medicaid son:

- Región 1: Condados de Escambia, Okaloosa, Santa Rosa y Walton: 1-800-303-2422
- Región 6: Condados de Hardee, Highlands, Hillsborough, Manatee y Polk: 1-800-226-2316
- Región 9: Condados de Indian River, Martin, Okeechobee, Palm Beach y St. Lucie: 1-800-226-5082
- Región 10: Condado de Broward: 1-866-875-9131
- Región 11: Condados de Miami-Dade y Monroe: 1-800-953-0555

Línea de asistencia gratuita del Centro de Recursos para Discapacitados y Ancianos:

Para solicitar servicios, llame al 1-800-96-ELDER (1-800-963-5337) o contáctese con el Centro de Recursos para Discapacitados y Ancianos local.

- Región 1: Condados de Escambia, Okaloosa, Santa Rosa y Walton: 1-850-494-7101
- Región 6: Condados de Hardee, Highlands, Hillsborough, Manatee y Polk: 1-813-740-3888
- Región 9: Condados de Indian River, Martin, Okeechobee, Palm Beach y St. Lucie: 1-561-684-5885
- Región 10: Condado de Broward: 1-954-745-9567
- Región 11: Condados de Miami-Dade y Monroe: 1-305-670-6500

Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas. Llame al número de Servicio al Cliente al 1-800-477-6931. Si usa un TTY, llame al 711, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.

CÓMO USAR ESTE MANUAL

¡Bienvenido a Humana Family!

Queremos que usted y su familia reciban todos los beneficios a su disposición como afiliados de Humana Family. Tómese un momento para leer este manual. Le ayudará a entender sus beneficios y cómo obtener servicios médicos cuando los necesite. Encontrará un listado de médicos, hospitales y otros proveedores de servicios de salud que forman parte de la red de Humana Family.

Su tarjeta de identificación

Humana Family le suministrará una tarjeta de identificación. Esta tarjeta les indica a los proveedores que usted es afiliado de Humana Family. Si pierde la tarjeta, llame al Servicio al Cliente de Humana Family al **1-800-477-6931 (TTY 711)**. Le enviaremos una tarjeta nueva.

Humana.

For Pre-Certification and/or admission notification call:
1-800-523-0023

Humana Family
MEMBER NAME
ID#: XXXXXXXXXX
MAID#: XXXXXXXXX
Date of Birth: XX/XX/XX
PCP Name: XXXXXXXXXX
PCP Phone: (XXX) XXX-XXXX
Primary Care Address: XXXXXXXXXX
Customer Service: 1-800-477-6931
Humana Medical Plan, Inc.

Group #: XXXXXX
Effective Date: XX/XX/XX
ANSI BIN: XXXXXX

Important Information - Members

- Use this card when you need health care.
- All medical care for Humana Family members is provided through your Humana Family doctors, hospitals and other Humana Family providers. Your primary care doctor will be happy to help.
- IF YOU HAVE AN EMERGENCY, go to the nearest emergency room. Call or have the emergency room call your Humana Family doctor as soon as possible. If you are not sure that your problem is an emergency, contact your primary care doctor immediately.
- This card belongs to Humana Family and must be given up if asked.

Important Information - Service Providers

- This card is for identification only. Having this card DOES NOT mean that members are eligible at all times. Membership should be verified with the Plan at time of service.
- Please mail all claims to:
HUMANA CLAIMS OFFICE
P.O. BOX 14601
LEXINGTON, KY 40512-4601

AHCA HMO COMPLAINT HOTLINE 1-888-419-3456

SECCIÓN 2

Sus derechos

1. Usted tiene derecho a ser tratado con cortesía y respeto, con aprecio por su dignidad individual y protección de su necesidad de privacidad.
2. Usted tiene derecho a recibir respuestas inmediatas y lógicas a preguntas y solicitudes.
3. Usted tiene derecho a saber quién está prestando los servicios médicos y quién es el responsable de su atención.
4. Usted tiene derecho a saber qué servicios de asistencia al paciente están disponibles, incluida la posible disponibilidad de un intérprete si no habla inglés.
5. Usted tiene derecho a saber qué normas y reglamentaciones se aplican a su conducta.
6. Usted tiene derecho a recibir del proveedor de servicios de salud información relacionada con el diagnóstico, el curso de tratamiento planificado, las alternativas, los riesgos y el pronóstico.
7. Usted tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento, excepto según lo prohíba de alguna otra forma la ley.
8. Usted tiene derecho a recibir, a pedido, información completa y el asesoramiento necesario sobre la disponibilidad de recursos financieros conocidos para su atención.
9. Si usted reúne los requisitos para Medicare, tiene derecho a saber, a pedido y con antelación al tratamiento, si el proveedor o centro de servicios de salud aceptan la tarifa de asignación de Medicare.
10. Usted tiene derecho a contar, a pedido y antes del tratamiento, con un cálculo razonable de los cargos de la atención médica.
11. Usted tiene derecho a recibir una copia de una factura desglosada, razonablemente clara y comprensible y, a pedido, disponer de una explicación de los cargos.
12. Usted tiene derecho al acceso imparcial a tratamiento médico o instalaciones, independientemente de la raza, nacionalidad, religión, discapacidad o fuente de pago.
13. Usted tiene derecho a recibir tratamiento por cualquier afección médica de emergencia que deteriorará su salud ante la falta de tratamiento.
14. Usted tiene derecho a saber si un tratamiento médico cumple con los fines de una investigación experimental y a dar su consentimiento o negarse a participar en dicha investigación experimental.
15. Usted tiene derecho a presentar quejas formales con relación a cualquier violación de sus derechos, según lo estipulan las leyes de Florida, a través del procedimiento de queja formal del proveedor o del centro de servicios de salud que le prestaron servicios y ante la agencia estatal de concesión de matrículas pertinente.
16. Usted tiene derecho a participar en las decisiones sobre su atención médica, incluido el derecho a negarse a recibir tratamiento, excepto según lo prohíba de alguna otra forma la ley.
17. Usted tiene derecho a recibir información sobre opciones y alternativas de tratamiento disponibles, presentadas de una manera acorde a su condición y capacidad de comprensión.

Sus responsabilidades

1. Usted tiene la responsabilidad de brindarle al proveedor de servicios de salud, a su leal saber y entender, información precisa y completa sobre sus dolencias actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otros temas relacionados con su salud.
2. Usted tiene la responsabilidad de informar a su proveedor de servicios de salud si se producen cambios inesperados en su afección.
3. Usted tiene la responsabilidad de comunicarle a su proveedor de servicios de salud si comprende o no un posible curso de acción y lo que se espera de usted.
4. Usted tiene la responsabilidad de seguir el tratamiento recomendado por su proveedor de servicios de salud.
5. Usted tiene la responsabilidad de asistir a las citas y, cuando no esté en condiciones de hacerlo cualquiera sea la razón, de notificar al proveedor o centro de servicios de salud.
6. Usted es responsable de sus acciones si se niega a recibir tratamiento o no sigue las instrucciones del proveedor de servicios de salud.
7. Usted es responsable de garantizar el cumplimiento de las obligaciones financieras respecto de sus servicios de salud tan pronto sea posible.
8. Usted tiene la responsabilidad de cumplir con las normas y reglamentaciones del centro de servicios de salud relacionadas con su atención y comportamiento.

Inscripción

Si usted debe inscribirse obligatoriamente en un plan, una vez que esté afiliado a Humana Family o el estado lo inscriba en un plan, tendrá 90 días a partir de la fecha inicial de inscripción para probar el plan de atención administrada. Durante los primeros 90 días, puede cambiar de plan de atención administrada por cualquier motivo. Después de los 90 días, si aún sigue reuniendo los requisitos para Medicaid, quedará inscrito en el plan por un período que comprende los siguientes nueve meses. Esto se denomina “inmovilidad”.

Inscripción abierta

Si usted debe inscribirse obligatoriamente, el estado le enviará una carta 60 días antes de que termine el año de inscripción para comunicarle que puede cambiar de plan si lo desea. Esto se denomina “inscripción abierta”. No está obligado a cambiar de plan de atención administrada. Si opta por cambiar de plan durante la inscripción abierta, empezará a tener el nuevo plan al final del año de inscripción en curso. Ya sea que elija un plan nuevo o conserve el mismo plan, estará inmovilizado en ese plan durante los 12 meses siguientes. Todos los años puede cambiar de plan de atención administrada durante el período de inscripción abierta de 60 días.



Desafiliación

Si usted debe inscribirse obligatoriamente y quiere cambiar de plan después de que finaliza el período inicial de 90 días o el período de inscripción abierta, debe tener una causa justificada aprobada por el estado para cambiar de plan. Las siguientes son causas justificadas aprobadas por el estado para cambiar de plan de atención administrada:

1. La persona inscrita no vive en una región donde el plan de atención administrada tenga autorización para proveer servicios, según se detalla en el Sistema de Información de la Administración de Medicaid en Florida (*Florida Medicaid Management Information System, FMMIS*).
2. El proveedor deja de estar en el plan de atención administrada.
3. El afiliado está excluido de la inscripción.
4. Se ha producido una infracción comercial o de alcance comunitario documentada.
5. Se impide a la persona inscrita participar en el desarrollo de su plan de tratamiento/atención.
6. La persona inscrita tiene una relación activa con un proveedor que no se encuentra en la red del plan de atención administrada, pero sí figura en la red de otro plan de atención administrada. “Relación activa” significa que se reciben servicios del proveedor dentro de los seis meses previos a la solicitud de desafiliación.
7. El afiliado se encuentra en el plan de atención administrada incorrecto según lo determina la Agencia.
8. El plan de atención administrada ya no participa en la Región.
9. El estado le ha impuesto sanciones intermedias al plan de atención administrada, según lo especificado en 42 CFR 438.702(a)(3).
10. La persona inscrita necesita que se realicen servicios relacionados en forma concurrente, pero no todos los servicios relacionados están disponibles dentro de la red del plan de atención administrada, o el proveedor de atención primaria de la persona inscrita ha determinado que recibir los servicios en forma separada la sometería a riesgos innecesarios.
11. El plan de atención administrada no cubre, debido a objeciones morales o religiosas, el servicio que la persona inscrita necesita.
12. La persona inscrita no hizo uso de la inscripción abierta debido a una pérdida transitoria de la elegibilidad.
13. Otros motivos contemplados por 42 CFR 438.56(d)(2) y s.409.969(2), F.S., que incluyen, entre otros:
 - mala calidad de la atención
 - falta de acceso a los servicios cubiertos en virtud del contrato
 - cambios desmedidos o inapropiados de los proveedores de atención primaria
 - dificultades de acceso a los servicios debido a cambios significativos en la ubicación geográfica de los servicios
 - demora o denegación inadmisibles de un servicio
 - falta de acceso a proveedores con experiencia en el manejo de las necesidades de servicios de salud de la persona inscrita
 - inscripción fraudulenta

Para solicitar la desafiliación por los motivos anteriores, llame al agente de inscripción al 1-877-711-3662 (teléfono), 866-467-4970 (TDD).

Algunos beneficiarios de Medicaid pueden cambiar de plan de atención administrada cuando lo decidan, por cualquier motivo. Para averiguar si puede cambiar de plan, llame al agente de inscripción al 1-877-711-3662 (teléfono), 866-467-4970 (TDD).

Restablecimiento

No puede estar inscrito en Humana Family si pierde su beneficio de Medicaid. Si lo recupera en un plazo de 180 días (6 meses), Medicaid lo inscribirá nuevamente en Humana Family. Humana Family le notificará por escrito en caso de ser inscrito nuevamente en Humana.

Traslados

Humana Family se ofrece en algunos condados de Florida. Humana Family ofrece servicios en los siguientes condados: Escambia, Okaloosa, Santa Rosa, Walton, Hardee, Highlands, Hillsborough, Manatee, Polk, Indian River, Martin, Okeechobee, Palm Beach, St. Lucie, Broward, Miami-Dade y Monroe. Notifique al Departamento de Niños y Familias (DCF) y al Servicio al Cliente de Humana Family si se muda. El número gratuito del DCF es el 1-866-762-2237.

Si se muda a otro condado y no continuará con el mismo proveedor de atención primaria, llame al Servicio al Cliente de Humana al 1-800-477-6931 (TTY 711) y háganoslo saber. Podemos ayudarle a buscar un nuevo proveedor de atención primaria en su zona.

Consentimiento informado

Usted debe expresar su consentimiento a todo tratamiento médico, a menos que se encuentre en una emergencia y su vida esté en peligro. Tiene derecho a comprender plenamente cualquier procedimiento y el motivo por el cual dicho procedimiento es necesario. Hable con su proveedor de atención primaria si no desea someterse a un procedimiento. Su proveedor de atención primaria le indicará cuáles son sus opciones de modo que usted pueda tomar una buena decisión.

Instrucciones por adelantado

Su atención médica es decisión suya

Las instrucciones por adelantado son una manera de informar a otros sobre sus deseos. Su proveedor de atención primaria le explicará qué son las instrucciones por adelantado y por qué son importantes. Puede que le interese preguntarle a su proveedor de atención primaria al respecto. Usted puede cambiar o cancelar las instrucciones por adelantado en cualquier momento. Si realiza cambios, informe a su proveedor de atención primaria u otros proveedores y a sus familiares.

Humana dispone de un formulario denominado “Cinco deseos” (“5 Wishes”) que usted puede completar para dar a conocer sus deseos en relación con los servicios de salud. Este formulario puede utilizarse como sus instrucciones por adelantado. Si desea obtener una copia, llame al Servicio al Cliente de Humana al 1-800-322-2758.

Si tiene 18 años o más, tiene derecho a negarse a cualquier tratamiento médico, incluidos los procedimientos que permitirían mantenerlo con vida contra su voluntad. En 1990, el Congreso aprobó la Ley de Autodeterminación del Paciente (Patient Self-Determination Act). De conformidad con esta ley, las organizaciones de servicios de salud deben informar a los pacientes cómo ejercer este derecho con la ayuda de las instrucciones por adelantado. Puede comunicarse con un abogado, con la oficina local de asesoramiento jurídico o con la Asociación Médica de Florida para obtener ayuda sobre cómo preparar las instrucciones por adelantado.

- Las **instrucciones por adelantado** (que permiten dar a conocer sus deseos) son un documento legal que informa a su médico o cuidador qué tipo de tratamiento desea o no desea recibir en caso de no poder expresarse. Los dos tipos son el testamento en vida y el poder notarial duradero para decisiones de servicios de salud.

Recuerde que usted es quien
decide sobre sus servicios de salud

- Un **testamento en vida** describe cómo y qué tipo de atención desea recibir en caso de perder el conocimiento o padecer una afección terminal que le ocasionará la muerte. Puede usar su testamento en vida para informarles a su proveedor de atención primaria u otros médicos tratantes cuándo deben continuar o interrumpir los esfuerzos “heroicos” para mantenerlo con vida.
- Un **poder notarial duradero** para decisiones de servicios de salud designa a la persona que tomará las decisiones respecto de su tratamiento en su nombre, en caso de que se vea imposibilitado de tomar decisiones o hablar por cuenta propia.

El testamento en vida o el poder notarial duradero para decisiones de servicios de salud entran en vigencia solo cuando usted mismo no puede tomar decisiones ni hablar. Puede presentar una queja si considera que su proveedor no ha cumplido con las leyes y reglamentaciones que rigen las instrucciones por adelantado. Llame a la Línea directa para quejas del consumidor al 1-888-419-3456.

Confidencialidad

Humana Family respeta su derecho a la privacidad. Debemos tener su consentimiento por escrito para divulgar información médica sobre usted. No entregaremos su información a patronos, contratistas, investigadores, personal médico o de consultorios ni a cualquier otra persona, a menos que las leyes lo permitan.

Procedimiento de presentación de quejas formales y apelaciones de los afiliados

Queja formal: usted no está satisfecho con una cuestión que no es una acción, según se define más abajo. Por ejemplo, si no le gusta cómo lo trató su proveedor.

Apelación: usted desea revisar una “acción”. Por ejemplo, si se le niega un servicio que solicitó.

Acción:

- Denegar o limitar la aprobación de un servicio solicitado en virtud de 42 CFR 438.400(b).
- Cambiar o cancelar un servicio que estaba aprobado.
- Denegar el pago de un servicio.
- No proporcionar servicios en forma oportuna.

Humana Family se puede ocupar de todas las quejas formales y apelaciones de los afiliados. Se conserva una serie de archivos especiales con el motivo, la fecha y los resultados. Humana Family mantiene estos archivos en su oficina central en Kentucky.

Cómo presentar una queja formal o una apelación

Humana Family desea trabajar con usted para intentar resolver el problema. Si tiene alguna pregunta o problema, llame al Servicio al Cliente de Humana Family al 1-800-477-6931 (TTY 711) entre las 8 a. m. y las 8 p. m.

Usted puede llamar a servicio al cliente para plantear una queja, reclamación o una apelación. Si su llamada es por una queja y no podemos resolverla antes del cierre de las actividades laborales, entonces enviaremos el caso automáticamente a nuestro proceso de quejas formales al siguiente día. En caso de que usted prefiera presentar su queja, queja formal o apelación por escrito, puede enviarnos una carta o descargar el formulario desde nuestro sitio web, o bien llamar a Servicio al Cliente. Si solicita un formulario a Humana Family, lo recibirá por correo en el término de tres días laborables. También puede solicitar ayuda a Humana Family para completar el formulario.

Envíe su solicitud de queja, queja formal o apelación por escrito a:

Humana Family Florida Medicaid
Humana Medical Plan, Inc.
P.O. Box 14546
Lexington, KY 40512-4546
Attn: Grievance & Appeal Specialist

Revisaremos todas las quejas formales y apelaciones. Durante el proceso, puede solicitar ayuda a alguien. Podrá ayudarlo un proveedor o alguna persona de su elección.

Tiene derecho a obtener servicios durante el proceso de queja formal/apelación. En caso de que usted quiera continuar recibiendo sus servicios, será necesario que presente su apelación dentro de los 10 días laborales contados a partir del envío postal de la notificación de acción; o dentro de los 10 días laborales contados a partir de la fecha de entrada en vigencia de la acción, lo que ocurra con posterioridad. Sin embargo, si la decisión con respecto a la queja formal/apelación no le favorece, tal vez tenga que pagar por esos servicios.

La queja formal/apelación debe incluir la siguiente información:

- su nombre, dirección, número de teléfono y número de identificación
- datos y detalles de lo que usted hizo para resolver la queja
- qué medida desea que se implemente
- su firma
- fecha

Queja formal: Tiene derecho a presentar una queja formal en forma oral o escrita en el término de un año a partir del incidente. El procesamiento puede demorar hasta 90 días. No obstante, Humana Family resolverá el problema de la queja formal tan pronto como su afección médica lo requiera. Se le enviará una carta para informarle sobre el resultado en el término de 90 días a partir de la fecha en que Humana Family recibe su solicitud. Usted puede solicitar una extensión de 14 días si fuera necesario. Nosotros podemos igualmente solicitar una extensión si fuera necesaria alguna información adicional y en su beneficio. Humana Family le enviará una carta notificándole el período de extensión, la información adicional necesaria y las razones por las cuales esto le beneficia.

Apelación: Usted tiene derecho a presentar una apelación. Puede presentarla verbalmente o por escrito en un plazo de treinta (30) días calendario a partir de la fecha en la que recibe el rechazo por escrito y, excepto cuando se requiera una resolución acelerada, debe estar seguida de un aviso escrito dentro de los diez (10) días calendario de la presentación verbal. La fecha de la notificación verbal será considerada la fecha de recepción. Tiene hasta un año para presentar una apelación si la denegación no se presenta por escrito. El proceso de apelación puede demorar hasta 45 días. Sin embargo, Humana Family resolverá su apelación tan pronto como su afección médica lo requiera. Se le enviará una carta para informarle sobre el resultado en el término de 45 días a partir de la fecha en que Humana Family recibe su solicitud de apelación. Usted puede solicitar una extensión de 14 días si fuera necesario. Nosotros podemos igualmente solicitar una extensión si fuera necesaria alguna información adicional y en su beneficio. Humana Family le enviará una carta notificándole el período de extensión, la información adicional necesaria y las razones por las cuales esto le beneficia.

Proceso acelerado: Los procesos “rápidos” acelerados se usan cuando los plazos estándar podrían poner en riesgo su vida, su salud, o la capacidad de lograr, mantener o recuperar al máximo su capacidad funcional. Usted tiene derecho a presentar esta queja formal o apelación oral o escrita. Usted, o su representante legal, puede presentar una apelación “urgente” o “acelerada”. Estas apelaciones son procesadas por Humana Family en un plazo de 72 horas.

Para solicitar este tipo de apelación, llame a Humana Family al 1-888-259-6779. Si se concluye que no es necesario un proceso acelerado, Humana se lo informará y continuará con el proceso estándar.

Audiencia imparcial de Medicaid: Si no está satisfecho con la decisión del plan de atención administrada con respecto a la queja formal o apelación, puede solicitar una audiencia imparcial de Medicaid. Tiene un plazo de hasta 90 días después de recibir la notificación de la decisión para solicitar una audiencia. También puede solicitar una audiencia imparcial de Medicaid sin utilizar el proceso de apelación de Humana. Tiene un plazo de hasta 90 días después de recibir la notificación de resolución para solicitar una audiencia imparcial. Si está inscrito en Humana Family como parte del Título XXI MediKids, no reúne los requisitos para el proceso de audiencia imparcial de Medicaid.

Para solicitar una audiencia imparcial de Medicaid, contáctese con el Departamento de Niños y Familias en Office of Appeals Hearings, 1317 Winewood Blvd., Building 5, Room 255, Tallahassee, Florida 32399-0700, llame al 1-850-488-1429, envíe un fax al 1-850-487-0662, comuníquese por correo electrónico a

Appeal_Hearings@dcf.fl.us o visítenos en Internet en <http://www.myflfamilies.com/about-us/office-inspector-general/investigation-reports/appeal-hearings>.

Usted tiene derecho a recibir los beneficios durante una audiencia imparcial de Medicaid. Si desea mantener los beneficios, llame al Servicio al Cliente de Humana Family al 1-800-477-6931 (TTY 711). Si la decisión no le favorece, tal vez tenga que pagar por esos beneficios. Tiene derecho de revisar su caso antes y durante el proceso de apelación.

Programa de asistencia para abonados: Si usted no está satisfecho con la decisión de Humana Family con respecto a la apelación o queja formal, también puede solicitar una revisión por parte del Programa de asistencia para abonados. Tiene un año a partir de la fecha de recepción de la notificación de la decisión para solicitar esta revisión. Si su caso ya ha sido evaluado por una Audiencia imparcial de Medicaid, el Programa de Asistencia para Abonados no tomará en consideración su apelación.

Para solicitar la revisión por parte del Programa de asistencia para abonados, contáctese con la Agencia para la Administración del Cuidado Médico: Agency for Health Care Administration, Beneficiary Assistance Program, Building 3, MS 26, 2727 Mahan Drive, Tallahassee, Florida 32308, o llame al 1-850-412-4502 (número gratuito: 1-888-419-3456).

Si desea comunicarse por teléfono con nuestro Servicio al Cliente, llame al 1-800-477-6931 (TTY 711). Si no puede oír o tiene dificultades para hablar, llame al 711. Estamos a su disposición de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. En caso de realizar llamadas fuera del horario de atención al cliente, durante el fin de semana o en días feriados por una queja formal o apelación urgente/expedita, se le solicitará que deje un mensaje de voz y un equipo especializado le devolverá la llamada al día siguiente para atender su queja formal o apelación.

En caso de que necesite reunirse con alguien en persona, llame al Servicio al Cliente al 1-800-477-6931 (TTY 711).

Denuncia de presunto fraude

Para denunciar cualquier supuesto fraude o abuso en perjuicio de Medicaid de Florida, llame a la Línea directa para quejas del consumidor al número gratuito 1-888-419-3456 o complete un Formulario de queja por fraude y abuso contra Medicaid, que se encuentra disponible en Internet en: **https://apps.ahca.myflorida.com/InspectorGeneral/fraud_complaintform.aspx**. Si denuncia un supuesto fraude y su denuncia termina en una sanción, multa o confiscación de propiedad de un médico u otro proveedor de servicios de salud, es posible que reúna los requisitos para recibir una recompensa a través del Programa de recompensas al informante de fraudes (*Fraud Rewards Program*) del Ministerio de Justicia (números gratuitos 1-866-966-7226 o 1-850-414-3990). La recompensa puede ser de hasta un veinticinco por ciento (25%) de la cantidad recuperada, o hasta \$500,000 por caso (Sección 409.9203 de los estatutos de Florida). Puede hablar con el despacho del Ministerio de Justicia para que se proteja y se mantenga la confidencialidad de su identidad.

Denuncia de abusos

Para denunciar abuso, negligencia y explotación, llame a la línea directa de abuso al 1-800-962-2873.

SECCIÓN 3: SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA

Su proveedor de atención primaria (PCP)

Su proveedor de atención primaria trabajará con usted para coordinar todos sus servicios de salud. Su proveedor de atención primaria se ocupará de sus controles médicos y tratará la mayoría de sus necesidades de servicios de salud de rutina. Si es necesario, su proveedor de atención primaria puede referirlo a especialistas. Para comunicarse con su proveedor de atención primaria, llame a su consultorio. En su tarjeta de identificación están impresos el nombre y el número de teléfono de su proveedor de atención primaria. Es importante que se comunique con su proveedor de atención primaria cada vez que necesite atención médica. También es posible que lo vea el asistente o un enfermero de su proveedor de atención primaria.

- Llame ahora mismo y coordine una consulta con su proveedor de atención primaria. El número de teléfono está en su tarjeta de identificación de afiliado.
- Para averiguar qué hospital utiliza un proveedor de atención primaria u otro médico o para saber qué médicos no aceptan pacientes nuevos, visite el sitio web de Humana en **Humana.com** o llame al Servicio al Cliente de Humana Family al 1-800-477-6931 (TTY 711).
- Los integrantes de una familia pueden tener todos el mismo proveedor de atención primaria o elegir proveedores de atención primaria distintos según las necesidades de cada uno.
- Es posible que algunos proveedores de atención primaria no presten ciertos servicios sobre la base de sus creencias religiosas o morales. De ser así, comuníquese con el Servicio al Cliente de Humana Family al 1-800-477-6931 (TTY 711). Si su proveedor de atención primaria limita los servicios de asesoramiento y/o referidos sobre la base de fundamentos morales o religiosos, recibirá una notificación en el término de 90 días.

Cómo cambiar de proveedor de atención primaria

Si desea cambiar de proveedor de atención primaria, llame al Servicio al Cliente de Humana Family al 1-800-477-6931 (TTY 711).

Continuidad de la atención

Es posible que, por algún motivo, su proveedor de atención primaria deje de participar en Humana Family mientras usted recibe un tratamiento médicamente necesario. Si esto ocurre, tiene un plazo de hasta seis meses para terminar su tratamiento antes de elegir otro proveedor de atención primaria. Durante este período de seis meses, su atención continuará hasta que termine el tratamiento o elija otro proveedor de atención primaria. Si se pone en duda la calidad de la atención del proveedor, esto podría no ser posible. Si tiene una enfermedad crónica o una afección médica compleja y recibe atención y servicios continuos, es importante que llame al Servicio al Cliente de Humana Family al 1-800-477-6931 (TTY 711).

Acceso a su proveedor de atención primaria

El plan Humana Family cuenta con muchos proveedores de atención primaria en su área para brindarle la atención que necesita. Usted se encuentra a menos de 30 minutos de proveedores de atención primaria y hospitales, y a menos de 60 minutos de los especialistas que necesita para recibir servicios de salud.

- Puede obtener atención que se necesita con urgencia en menos de 24 horas. La atención que se necesita con urgencia se refiere a aquella que recibe cuando usted está muy enfermo pero su vida no corre peligro.
- Puede obtener atención de rutina en menos de una semana después de llamar a su proveedor de atención primaria.
- Puede realizarse un control anual en menos de cuatro semanas después de comunicarse con su proveedor de atención primaria.

Cobertura fuera del horario de atención

Si se siente mal y el consultorio de su proveedor de atención primaria está cerrado, debe llamar de todas formas. El consultorio de su proveedor de atención primaria tendrá un mensaje de voz para informarle qué debe hacer. Puede tener un servicio de contestador que establecerá comunicación con su proveedor de atención primaria. Pregúntele a su proveedor de atención primaria si atiende después de las 5 p. m. y durante los fines de semana o feriados. Recuerde que puede comunicarse con el consultorio de su proveedor

de atención primaria por teléfono las 24 horas del día, los siete días de la semana. Si tiene una emergencia, busque atención médica de inmediato y llame al 911.

Proveedor de atención primaria y otros proveedores

Los médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores que forman parte de la red de Humana Family pueden brindarle toda la atención médica que necesita.

- Debe recibir atención de proveedores o centros de la red, excepto en caso de emergencia o durante el período de Continuidad de la atención. Consulte la sección Continuidad de la atención en la página 45.
- Si usted utiliza médicos u hospitales que no forman parte de la red de Humana Family o que no han sido aprobados por su proveedor de atención primaria, es posible que deba pagar la factura a menos que se encuentre en el período de Continuidad de la atención. Consulte la sección Continuidad de la atención en la página 45.
- Cuando recibe atención aprobada de un proveedor de atención primaria u hospital de la red, Humana Family pagará el costo.
- Es posible que deba limitarse a aquellos proveedores afiliados al grupo médico de atención primaria del proveedor de atención primaria. Esto significa que su proveedor de atención primaria debe referirlo a un especialista. Consulte a su proveedor de atención primaria.

Segunda opinión

Si necesita una segunda opinión, llame al Servicio al Cliente de Humana Family al 1-800-477-6931 (TTY 711). Si su proveedor de atención primaria le dice que necesita una cirugía o algún otro tratamiento médico y usted quiere una segunda opinión, Humana Family le ayudará a conseguir otra opinión.

El médico a cargo de la segunda opinión revisará su historial médico, incluidos todos los informes de exámenes, y le dará una opinión a su proveedor de atención primaria sin ningún costo para usted. Después de revisar esta segunda opinión, su proveedor de atención primaria tomará la decisión final sobre su tratamiento.

Si desea obtener una segunda opinión de un médico que no forma parte de la red, Humana Family puede referirle a ese médico. Después de revisar esta segunda opinión, su proveedor de atención primaria tomará la decisión final sobre su tratamiento. Usted no podrá recibir tratamiento del proveedor que da la segunda opinión.

Indicadores de desempeño en materia de calidad

Humana Family cuenta con información sobre la satisfacción de los afiliados y sobre la calificación de los proveedores respecto de ciertas mediciones. Si desea esta información, comuníquese con el Servicio al Cliente de Humana Family al 1-800-477-6931 (TTY 711).

Pagos de incentivos a médicos

Humana Family cuenta con una gran red de médicos, hospitales y farmacias para proporcionarle los servicios que necesita. Puede consultar si tenemos planes financieros especiales con médicos. Llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 1-800-477-6931 (TTY 711) y consulte sobre nuestros pagos a médicos.

Nuevo tratamiento médico

En ciertas ocasiones los tratamientos nuevos funcionan muy bien y en otras no. A veces, incluso pueden tener efectos secundarios nocivos. Humana Family realiza un seguimiento de las nuevas investigaciones médicas. Así es como se deciden los beneficios nuevos que se incluirán en su plan de salud. Si considera que una nueva tecnología o tratamiento médico puede servirle, consulte a su proveedor de atención primaria, quien trabajará con Humana Family para determinar si puede ser de ayuda y si Humana Family ofrece cobertura.

Atención médica preventiva

Es importante que usted y su familia consulten a su proveedor de atención primaria regularmente, incluso cuando no estén enfermos. Los exámenes, controles y pruebas de detección de rutina pueden ser útiles para que su proveedor de atención primaria detecte y trate problemas en forma anticipada, antes de que sean graves. Llame y programe una cita hoy mismo.

La atención preventiva incluye lo siguiente:

- exámenes físicos de rutina
- pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos
- mamografía de detección
- prueba de detección de cáncer de próstata
- prueba de detección de abuso de alcohol y asesoramiento
- pruebas de detección colorrectales
- prueba de detección de depresión
- prueba de detección de diabetes
- electrocardiograma
- prueba de detección de VIH
- prueba de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento
- vacunas

El proveedor de atención primaria de su hijo

Si su hijo está listo para ser tratado por un médico de atención de adultos en lugar de un médico para niños, llame al número de Servicio al Cliente que está al reverso de su tarjeta de identificación del seguro. Estas son algunas cosas que debe evaluar a la hora de hacer este cambio de médicos:

- Un médico de atención primaria generalmente es un internista o un médico de familia.
- Si tiene un médico de familia que le gusta, podría tenerlo en cuenta como médico de su hijo. Pero algunos niños quieren un médico propio.
- Su hijo debe estar en condiciones de obtener una cita rápidamente cuando lo necesite.
- Debe sentirse cómodo con el médico.
- Ayude a su hijo a buscar un proveedor de servicios de salud primarios para adultos nuevo si es posible. O planifique el proceso que tendrá que atravesar luego de cambiar de escuela o mudarse a un área nueva.

Es muy importante planificar con anticipación y procurar que este proceso sea una transición sin contratiempos. Esto puede ayudarle a su hijo a entablar una buena relación con un proveedor de atención primaria y puede tener un efecto positivo en la salud de su hijo durante los próximos años.

Visitas para el bienestar infantil

Humana Family le enviará un recordatorio para que programe el examen de control y la(s) vacuna(s) anuales de su hijo. Este recordatorio incluye información sobre beneficios de salud y pautas que debe seguir.

Asegúrese de hablar con el proveedor de atención primaria de su hijo sobre las pruebas de detección de plomo. Se le debe realizar al niño una prueba de detección de plomo en sangre a los 12 meses y a los 24 meses de edad.

Padres: La atención de sus hijos debe adecuarse a las pautas del manual que se brindan a continuación. Hable con el proveedor de atención primaria de sus hijos sobre vacunas, exámenes de control regulares y pruebas de detección de plomo. Utilice la lista de control para respetar el calendario de vacunas y llévela a las citas con el proveedor de atención primaria de sus hijos.

Calendario de vacunación

Edad	Al nacer	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	15 meses	18 meses	19 a 23 meses	4 a 6 años	7 a 10 años	11 a 12 años	13 a 18 años
HepB (hepatitis B)												
Dtap/Tdap (difteria, tétanos, tos ferina)								Puesta al día		Puesta al día		Puesta al día
Hib (Haemophilus influenza tipo b)							Puesta al día	Puesta al día	Puesta al día			
Poliomielitis								Puesta al día		Puesta al día	Puesta al día	Puesta al día
PCV (vacuna antineumocócica conjugada)							Puesta al día	Puesta al día	Puesta al día			
RV (rotavirus)												
MMR (sarampión, paperas, rubéola)							Puesta al día	Puesta al día		Puesta al día	Puesta al día	Puesta al día
Varicela							Puesta al día	Puesta al día		Puesta al día	Puesta al día	Puesta al día
HepA (hepatitis A)									Puesta al día	Puesta al día	Puesta al día	Puesta al día
VPH (virus del papiloma humano)												
MCV4 (vacuna conjugada contra el meningococo)												
Influenza							Una vez por año					

Productos de farmacia

Medicamentos recetados

Humana Family cubre una amplia gama de medicamentos. Su proveedor de atención primaria sabe qué hacer en caso de que un medicamento no se encuentre en la lista de Humana Family o necesite aprobación. Si tiene una receta de uno de los proveedores de Humana Family, preséntela en cualquier farmacia del directorio.

Debe mostrar su tarjeta de identificación de Humana Family en la farmacia. Cuando muestra su tarjeta de identificación y obtiene medicamentos que están en la lista de medicamentos recetados, no hay ningún copago por los medicamentos recetados.

- Si su proveedor le da una receta para un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos cubiertos o para utilizar un medicamento sin determinadas normas y limitaciones, su proveedor de atención primaria puede llamar a Revisión Clínica de Farmacia de Humana al 1-800-555-2546 para solicitar una excepción. Una excepción es el permiso para obtener la cobertura de un medicamento que:
 - Normalmente no está cubierto.
 - Es un medicamento de tratamiento por pasos.
 - Requiere autorización previa.
 - Se necesita en una cantidad que supera los límites establecidos.

Cuando nos solicita una excepción, su médico u otro profesional que expide la receta deberá explicar las razones médicas por las que usted necesita la excepción. Tomaremos una decisión y le daremos una respuesta a la solicitud de excepción en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico o del profesional que expide la receta en respaldo de su solicitud.

Si damos una respuesta afirmativa a su solicitud de excepción, debemos darle la cobertura en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración de su médico o del profesional que expide la receta en respaldo de su solicitud. La excepción normalmente dura hasta el final del año calendario. Esto será así mientras su médico le siga recetando el medicamento y ese medicamento continúe siendo seguro y eficaz para tratar su afección.

Si nuestra respuesta es **No** a su solicitud de excepción, le enviaremos una carta en la que se explica por qué dijimos que **No**. La carta también explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

El 1° de septiembre de 2011, se modificó el proceso para que los niños menores de 13 años reciban ciertos medicamentos para el tratamiento de trastornos mentales. Los padres y tutores legales deben firmar un formulario de consentimiento con el proveedor para recibir este medicamento, que se denomina medicamento psicoterapéutico. El farmacéutico necesitará este formulario con cada receta nueva. Para las repeticiones no se requerirá un consentimiento nuevo. Existen varias maneras de presentar este formulario en la farmacia. Hable con su proveedor sobre este medicamento y sobre la mejor manera de entregar el formulario en su farmacia.

Programa de productos de venta sin receta (OTC) a través de PrescribeIT 1-800-526-1490

Con este beneficio puede obtener hasta \$25 por mes en productos sin receta para su hogar. Los pedidos se le enviarán a su domicilio por UPS o por el servicio postal de los EE. UU. No deberá pagar ningún cargo por el envío. Transcurrirán entre 10 y 14 días laborables desde el momento en que se reciba el pedido.

Recibirá un medicamento genérico que es similar al medicamento de marca. Consulte a su médico antes de tomar cualquier producto o complemento nutricional de venta sin receta. Esta lista de productos está sujeta a cambios. Este programa está disponible únicamente para los afiliados de Humana Medicaid que tienen un plan con esta oferta de productos de venta sin receta.



Item Number N.º art.	Size Tamaño	Generic Name Nombre Genérico	Compare to Comparar	Price Precio
VITAMINS / MINERALS / NUTRITIONAL SUPPLEMENTS • Vitaminas / Minerales / Complementos nutricionales				
OTC 1	100	Vitaminas masticables para niños	Flintstones® Vitamins	\$4.00
OTC 902	30	Coenzima Q-10 30 mg	Co-Enzyme Q-10 30 mg	\$10.00
OTC 903	100	Complejo B con B-12	B-Complex with B-12	\$8.00
OTC 911	60	Comprimidos de antioxidante	Antioxidant Tablets	\$7.00
OTC 10	100	Vitamina C 500 mg	Vitamin-C 500 mg	\$6.00
OTC 107	60	Multivitaminas para la mujer One a Day	One-A-Day Women's®	\$7.00
OTC 109	60	Citrato de calcio 600 mg + Vitamina D	Citracal® Caplets + D	\$7.00
OTC 15	60	Calcio de ostra 500 mg + Vitamina D	Os-Cal + D®	\$6.00
OTC 11	130	Multivitaminas y minerales diarios	Advanced Formula Centrum®	\$8.00
OTC 12	100	Vitamina E 400 UI sintética	Vitamin-E 400 IU Synthetic	\$7.00
OTC 13	100	Sulfato ferroso 5 g	Feosol®	\$5.00
OTC 206	60	Fumarato ferroso 325 mg	Ferretts®	\$10.00
OTC 207	100	Gluconato ferroso	Fergon®	\$3.00
OTC 14	100	Ácido fólico 400 mcg	Folic Acid 400 mcg	\$6.00
OTC 205	100	Complejo polisacárido de hierro 150 mg	Poly-Iron 150®	\$10.00
PAIN RELIEVERS • Analgésicos				
OTC 17	36	Aspirina, 81 mg masticable	Bayer® Chewable Aspirin	\$4.00
OTC 214	50	Naproxeno sódico 220 mg - analgésico	Aleve® Caplets	\$6.00
OTC 125	100	Fórmula para el dolor de cabeza - Aspirina/ Acetaminofeno/Cafeína	Excedrin®	\$7.00
OTC 16	120	Aspirina en dosis baja, 81 mg con recubrimiento entérico	Bayer® Adult Low Strength EC	\$6.00
OTC 19	50	Ibuprofeno 200 mg	Advil®	\$5.00
OTC 229	100	Aspirina 325 mg	Bayer®	\$6.00
OTC 94	120 ml	Ibuprofeno, suspensión	Children's Motrin®	\$6.00
OTC 2	100	Acetaminofeno 500 mg	Extra Strength Tylenol®	\$6.00
OTC 20	30	Acetaminofeno 80 mg masticable	Tylenol® Children's Chewable	\$5.00
OTC 46	120 gm	Calmante para fricción	Ben-Gay®	\$7.00
OTC 21	120 ml	Acetaminofeno, elixir pediátrico	Tylenol® Elixir	\$5.00
OTC 22	15 ml	Acetaminofeno, suspensión, gotas	Tylenol Drops Infant	\$3.00
OTC 215	36	Analgésico efervescente	Alka-Seltzer®	\$6.00
COUGH / COLD / ALLERGY • Tos / Resfriados / Alergias				
OTC 110	30	Antihistamínico - Loratadina 10 mg	Claritin®	\$10.00
OTC 220	180 ml	Spray para el dolor de garganta	Chloraseptic® Spray	\$6.00
OTC 23	24	Antihistamínico - Difenhidramina 25 mg	Benadryl®	\$6.00
OTC 24	120 ml	Antihistamínico - Difenhidramina, líquido	Benadryl® Allergy Childrens	\$5.00
OTC 95	30 ml	Spray descongestivo nasal	Afrin®	\$5.00
OTC 99	45 ml	Solución salina en spray nasal	Ocean® Saline Nasal Spray	\$5.00
OTC 43	99 gm	Bálsamo medicado para masajes en el pecho	Vicks VapoRub®	\$6.00
OTC 97	24	Senos nasales - Acetaminofeno 325 mg/fenilefrina	Tylenol® Sinus	\$6.00
OTC 26	120 ml	Antitusivo/expectorante	Robitussin® DM	\$6.00
OTC 28	120 ml	Fórmula para la tos - Expectorante	Robitussin®	\$5.00

COUGH / COLD / ALLERGY • Tos / Resfriados / Alergias (continuación)				
OTC 96	120 ml	Antitusivo/expectorante/descongestivo nasal	Robitussin® CF	\$5.00
OTC 113	30	Antihistamínico – Cetirizina HCL 10 mg	Zyrtec10 mg®	\$12.00
OTC 111	30	Expectorante – Guaifenesina 400 mg	Mucus Relief 400 mg	\$11.00
ANTI-DIARRHEALS / ANTACIDS / LAXATIVES / • Antidiarréicos / Antiácidos / Laxantes				
OTC 30	12	Supositorios de glicerina para bebés	Fleet® Glycerin Suppositories	\$2.00
OTC 29	12	Comprimidos antidiarreicos – Loperamida 2 mg	Imodium® A-D	\$4.00
OTC 32	360 ml	Líquido antiácido/control de flatulencias	Mylanta®	\$9.00
OTC 89	70	Comprimido masticable antiácido de doble acción	Mylanta® Double Strength	\$9.00
OTC 33	360 ml	Leche de magnesio – Laxante/antiácido	Phillips® Milk of Magnesia	\$5.00
OTC 203	150	Antiácido con carbonato de calcio 500 mg	Tums®	\$4.00
OTC 204	360 ml	Hidróxido de aluminio, gel	Alternagel®	\$7.00
OTC 75	100	Comprimido masticable antiácido/control de flatulencias	Maalox® Plus	\$7.00
OTC 104	30	Comprimidos de ranitidina 75 mg - Antiácido	Zantac®	\$7.00
OTC 93	25	Laxante - Bisacodilo 5 mg	Dulcolax®	\$5.00
OTC 208	90	Laxantes de fibra en comprimidos	FiberCon®	\$9.00
OTC 98	30	Comprimidos para aliviar los gases, concentración extra 125 mg	Gas-X® Extra Strength	\$5.00
OTC 101	100	Cápsulas para ablandar las heces	Colace®	\$7.00
OTC 3	270 ml	Enema	Fleet® Enema	\$5.00
OTC 31	60 gm	Ungüento antihemorroidal	Preparation H®	\$7.00
OTC 112	14	Omeprazol magnésico 20 mg	Prilosec OTC® 20 mg	\$11.00
FIRST AID / MEDICAL SUPPLIES / TOPICALS • Primeros Auxilios / Suministros Médicos / Tópicos				
OTC 39		Pomada para sarpullido en el área del pañal	Desitin®	\$6.00
OTC217		Crema para la alergia - Alivio del dolor y la picazón	Benadryl® Extra Strength Cream	\$5.00
OTC 231		Ungüento con antibiótico triple - Plus	Neosporin® Plus	\$7.00
OTC 35		Almohadillas con alcohol	Alcohol Swabs	\$6.00
OTC 36		Hisopos de algodón	Q-Tips®	\$4.00
OTC 37		Loción de calamina	Caladryl®	\$5.00
OTC 38		Clotrimazol, crema al 1% - Pie de atleta	Lotrimin AF®	\$6.00
OTC 4		Hidrocortisona, crema al 1%	Cortizone 10®	\$5.00
OTC 40		Ungüento con antibiótico triple	Neosporin®	\$6.00
OTC 44		Apósitos plásticos	Band Aids	\$5.00
OTC 48		Termómetro oral (pantalla digital)	B-D® Oral Thermometer	\$6.00
OTC 105		Bálsamo labial	Lip Balm	\$2.00
OTC 106		Pantalla solar	Coppertone® SPF	\$7.00
OTC 114		Colirio lubricante (estéril)	Liquifilm Tears®	\$6.00
WOMAN'S HEALTH * Salud de la Mujer				
OTC 41	45 gm	Clotrimazol, crema vaginal al 1%	Gyne-Lotrimin®	\$8.00
OTC 42	45 gm	Miconazol - Nitrato, crema vaginal al 2%, 7 días	Monistat-7®	\$8.00
MEN'S HEALTH * Salud del Hombre				
OTC 202	12	Preservativos de látex	Trojan®	\$4.00

Humana Family

Una boca saludable con dientes y encías saludables puede mejorar su salud general.

Recuerde que una boca y dientes saludables son partes importantes de un cuerpo saludable.

Sabemos que usted desea lo mejor para su familia y que puede ayudarles a cuidar la salud de sus dientes y encías.



¿Cómo puede lograr una boca saludable y mantenerla?

- Cepíllese dos veces al día
- Use hilo dental a diario para eliminar cualquier resto de comida entre los dientes
- Coma saludablemente todos los días para asegurarse de que sus comidas y bocadillos contengan ingredientes de los cinco grupos de alimentos:
 - panes, cereales y otros granos
 - frutas
 - verduras
 - carne de res, pollo, pescado, legumbres y huevos
 - leche, queso, yogur

Aquí incluimos algunos consejos más para ayudarle a cuidar la salud bucal:

- Si está embarazada, debe saber que las mujeres con enfermedades de las encías presentan mayor riesgo de parto anticipado. Esto se debe a que la infección en la boca de la madre puede iniciar el trabajo de parto en forma temprana.
- Es importante que cuide la boca de su bebé, incluso antes de que le salgan los dientes.
- Programe la primera consulta de su hijo al dentista cuando aparezca el primer diente.
- Programe consultas al dentista cada seis meses. Su dentista:
 - se asegurará de que la boca y los dientes estén creciendo adecuadamente.
 - evaluará si hay caries.
 - tomará radiografías para ver más allá de lo que ven los ojos.
 - limpiará y pulirá los dientes.
 - ayudará a prevenir las caries.
 - le informará cómo prevenir lesiones en la boca.

El trabajo conjunto con su dentista ayudará a que toda su familia tenga una sonrisa saludable. Para buscar un dentista, llame a Humana al 1-800-477-6931 (TTY 711).

SECCIÓN 4: SU ATENCIÓN

Emergencias o atención de urgencia

Es posible que deba decidir si le corresponde ir a una sala de emergencias o a un proveedor. Pregúntese lo siguiente:

- ¿Es seguro esperar y llamar primero a mi proveedor de atención primaria?
- ¿Es seguro esperar y concertar una consulta con mi proveedor de atención primaria uno o dos días después?
- ¿Es seguro esperar si puedo concertar una consulta con mi proveedor de atención primaria hoy?
- ¿Podría fallecer o sufrir una lesión grave si no recibo asistencia médica de inmediato?

Si tiene una emergencia, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias o centro de atención de urgencia más cercano. Estos son algunos ejemplos:

- pérdida de sangre importante
- ataque cardíaco
- cortes graves que requieran puntos
- pérdida del conocimiento
- intoxicación
- dolores fuertes en el pecho
- falta de aliento
- huesos fracturados

Llame a su proveedor de atención primaria lo antes posible cuando esté en el hospital o cuando reciba atención de emergencia. Puede llamar a su proveedor de atención primaria las 24 horas del día. No necesita aprobación antes de recibir servicios de emergencia.

Si el médico de la sala de emergencias a cargo de su tratamiento le informa que su visita no es de emergencia, tendrá la opción de quedarse y recibir tratamiento médico o de consultar a su médico de atención primaria. Si decide quedarse, usted deberá pagar los costos del tratamiento.

Si recibe tratamiento por una emergencia y el médico tratante recomienda algún tratamiento una vez que usted se ha estabilizado, comuníquese con su proveedor de atención primaria de Humana Family. Estos servicios no requieren autorización previa.

Transporte de emergencia y sin carácter de emergencia

- Para solicitar servicios de transporte de emergencia, llame al 911.
- Si necesita transporte para ir a una cita de servicios de salud sin carácter de emergencia, puede llamar a LogistiCare al 1-866-779-0565. Debe llamar con 24 horas de antelación como mínimo antes de la hora de su cita.

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios

Estos servicios cubren diversos artículos que recibe como paciente ambulatorio en el hospital. Se incluyen, entre otros servicios, MRI, MRA, escaneo PET y CT y otros procedimientos y pruebas de diagnóstico.

Atención sin carácter de emergencia fuera de la red y fuera del área de servicio

Si se encuentra fuera de su hogar y tiene una emergencia, diríjase a la sala de emergencias más cercana. Llame a su proveedor de atención primaria lo antes posible. Tenga en cuenta que fuera de su área de servicio solo tienen cobertura los servicios de emergencia. Humana Family no es responsable de los servicios de salud sin carácter de emergencia proporcionados por un proveedor fuera de la red, a menos que Humana Family apruebe dichos servicios.

Atención fuera de la red para servicios no disponibles

Su proveedor de atención primaria coordinará la atención fuera de la red si Humana Family no está en condiciones de proveerle los servicios cubiertos necesarios o una segunda opinión si no hay un proveedor de la red disponible. Humana Family le garantizará que los costos que usted deba pagar no sean superiores a los que pagaría si el servicio se proporcionara dentro de la red.

Embarazo y recién nacidos

Humana Family tiene un programa especial para mujeres embarazadas y recién nacidos. Si está embarazada, queda embarazada o tiene un bebé mientras es afiliada, debe llamar a su administrador de casos obstétricos de Humana Family al 1-800-322-2758. Elija un obstetra o partero de Humana Family para su atención y solicite una cita lo antes posible.

Debe informar que está embarazada al Departamento de Niños y Familias (*Department of Children and Family, DCF*) por teléfono al 1-866-762-2237. Antes de los últimos tres meses del embarazo debe elegir un proveedor de atención primaria para el bebé. Si usted no elige un proveedor de atención primaria para el bebé, el plan de atención administrada seleccionará uno por usted. Si el plan de atención administrada selecciona el proveedor de atención primaria y usted no quiere el que se ha elegido, puede cambiar de médico para su hijo. Consulte la sección 3, Cómo cambiar de proveedor de atención primaria. Debe informar el nacimiento del bebé al Departamento de Niños y Familias. Su bebé quedará inscrito en su plan desde el momento del nacimiento.

Manejo de enfermedades

Humana ofrece un Programa de Medicaid para el manejo telefónico de enfermedades.

¿Qué es el manejo de enfermedades?

Manejo de enfermedades es un programa focalizado en los afiliados en el cual los enfermeros ayudan a los afiliados a aprender cómo controlar su enfermedad mediante educación, apoyo, recursos de la comunidad y comunicación con su médico y otros especialistas.

Un Administrador de casos para el manejo de enfermedades es un enfermero titulado con aptitudes para clasificar, evaluar, supervisar, determinar, informar, intervenir y documentar objetivos y resultados de cada afiliado del programa.

- diabetes
- insuficiencia cardíaca congestiva
- hipertensión
- asma (adultos y pediátricos)
- VIH/SIDA

El Programa para el manejo de enfermedades provee servicios que, entre otros, incluyen los siguientes:

- Evaluar las necesidades del afiliado que pueden afectar al control de su enfermedad, como limitaciones físicas, estrés emocional, dificultades de traslado y necesidades ambientales.
- Establecer objetivos de autocontrol individualizados basados en el historial de salud, la evaluación psicosocial, las recomendaciones de los médicos y las necesidades del afiliado.
- Instruir sobre diagnóstico y tratamiento.
- Hacer referidos a otros proveedores de servicios de salud según sea necesario.
- Brindar asistencia al afiliado y al proveedor en relación con el diagnóstico, el plan de atención y otras cuestiones relacionadas con la salud.
- Educar al afiliado con respecto a los controles de salud recomendados.
- Educar y colaborar en relación con el logro de objetivos específicos de dieta y ejercicio.

El objetivo del Programa para el manejo de enfermedades de Medicaid es:

- Mejorar la comprensión de los afiliados y colaborar en el autocontrol de su enfermedad con educación y apoyo mientras siguen el plan de atención de sus médicos.
- Ayudar al afiliado a alcanzar y mantener un control óptimo de su(s) enfermedad(es).
- Incrementar la toma de conciencia de los riesgos de salud asociados a determinados comportamientos y estilos de vida personales.
- Mejorar la comprensión por parte de los afiliados de la importancia de ver a su médico o especialistas para visitas regulares.
- Ayudar a los afiliados a saber a quién llamar si existe una situación de urgencia y en una emergencia.
- Buscar y obtener recursos basados en la comunidad que satisfagan las necesidades médicas, psicológicas y sociales del afiliado.

- Evaluar los resultados del programa en la salud de los afiliados que participan en el mismo.

Usted puede optar por inscribirse en el programa o desafilarse en cualquier momento.

Si tiene alguna de las enfermedades indicadas arriba, pídale a su proveedor de atención primaria un referido al Programa de manejo de enfermedades o puede solicitar participar en el programa sin un referido por alguno de los siguientes medios:

- Teléfono: Llame a Humana al 1-800-322-2758
- Sitio web: **Humana.com**. Horario de atención del Programa de manejo de enfermedades: lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m., hora del este
- Si quiere hacer algún comentario sobre el Programa de manejo de enfermedades o tiene una queja, contáctese: teléfono: 1-800-322-2758
- Sitio web: **Humana.com**. Horario de atención del Programa de manejo de enfermedades: lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m., hora del este

Administración de casos complejos

Los afiliados de Medicaid pueden reunir los requisitos para recibir servicios de Administración de casos complejos si han tenido varias hospitalizaciones o tienen necesidades médicas complejas que requieren asistencia frecuente y continua. Enfermeros de Humana especialmente capacitados en administración de casos proveen Administración de casos complejos a los afiliados de Medicaid. Un equipo de médicos, asistentes sociales y socios en servicios comunitarios está disponible para ayudar a garantizar que se satisfagan las necesidades de los afiliados y se haga todo lo posible para mejorar y optimizar su salud y bienestar general. El programa de administración de casos es opcional.

Para recibir información adicional sobre el Programa de administración de casos complejos, solicitar participar en el programa sin un referido o cancelar su participación en el programa, puede contactarse con nuestro Departamento de Servicios de Salud al 1-800-322-2758.

Programa de Mejora de la Calidad (QI)

El programa de mejora de la calidad de Humana incluye atención clínica, atención preventiva y servicios para los afiliados. Infórmese sobre nuestro Programa de mejora de la calidad en http://www.humana.com/resources/support_center/guidelines/information.aspx. Los afiliados también pueden obtener una descripción escrita del Programa de mejora de la calidad si llaman al 1-800-4-HUMANA [1-800-448-6262], o pueden expresar su opinión sobre el Programa de mejora de la calidad si escriben a:

Humana Quality Management Department
321 West Main, WFP 20
Louisville, KY 40202

Gestión de usos (UM)

Humana Family desea asegurarse de que todos reciban la atención médica apropiada del proveedor adecuado en el momento oportuno. A fin de garantizar esto, Humana Family trabaja con sus médicos y hospitales para asegurar que la cantidad de días que permanece en el hospital y los servicios que recibe sean necesarios por razones médicas y adecuados para su afección médica.

Es importante comprender que:

- La toma de decisiones de Gestión de usos en Humana se basa únicamente en que la atención y los servicios sean apropiados y exista cobertura.
- Humana no premia específicamente a los profesionales u otras personas por expedir denegaciones de la cobertura.
- Los incentivos financieros a los responsables de tomar decisiones en el área de Gestión de usos no propician las decisiones que conlleven un menor uso de los servicios.

Si tiene preguntas o inquietudes relacionadas con la gestión de usos, el personal está disponible de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m., hora del este.

Humana Family cuenta con personal y servicios de intérpretes de idiomas gratuitos disponibles para responder preguntas relacionadas con la gestión de usos para los afiliados que no hablan inglés. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Programas especiales

Humana Family puede remitirlo a algunos de los servicios que se indican a continuación en su área. Para obtener más información sobre estos servicios, llame a su proveedor de atención primaria o al Servicio al Cliente de Humana Family al 1-800-477-6931 (TTY 711). Respetamos su derecho a la privacidad y no compartiremos su información relacionada con estos programas.

- **Programa contra la violencia familiar**

Su proveedor de atención primaria debe estar atento a signos de violencia familiar durante su visita de atención preventiva. También puede obtener materiales educativos de su proveedor de atención primaria. Comuníquese con su proveedor de atención primaria o con el Servicio al Cliente de Humana Family para obtener más información.

- **Programa de prevención del embarazo**

Humana Family puede referirlo a programas de prevención del embarazo disponibles para usted en su comunidad. Puede usar estos servicios independientemente de su edad, sexo, condición de embarazo o consentimiento de sus padres. Comuníquese con su proveedor de atención primaria o con el Servicio al Cliente de Humana Family para obtener más información.

- **Programa de servicios prenatales y posparto**

Humana Family cuenta con un programa de servicios antes y después del embarazo. Se le asignará un administrador de casos que le ayudará a lo largo del embarazo y le proporcionará materiales informativos. El programa también brinda incentivos por conductas saludables, o estrategias para ayudarle a mantener el rumbo. Cuando nazca su bebé, el administrador de casos y su proveedor de atención primaria le brindarán más información sobre la planificación familiar. También la remitirán a los programas Healthy Start y WIC. Comuníquese con su proveedor de atención primaria o con el Servicio al Cliente de Humana Family al 1-800-477-6931 (TTY 711) para obtener más información.

- **Programa para niños**

Humana Family puede darle un referido a programas para niños en su zona que ayudan a prevenir problemas de salud y proporcionan servicios de salud tempranos a familias con niños de 0 a 5 años. Humana Family también trabaja en equipo con su proveedor de atención primaria para que sus hijos estén saludables. Hable con su proveedor de atención primaria sobre estos programas en su zona o llame al Servicio al Cliente de Humana Family al 1-800-477-6931 (TTY 711) para obtener más información.

Programa de conductas saludables

Le complacerá enterarse de algunos próximos cambios importantes en su plan. Desde el 1.º de enero de 2015, puede aprovechar estos Programas de conductas saludables:

- **Nutrición infantil:**

Lleve a su hijo de 5 a 17 años al médico para obtener información sobre alimentación saludable y ejercicio físico. El médico hablará sobre la altura y el peso y sobre cómo elegir opciones saludables. Humana lo recompensará con una tarjeta de regalo de \$20. (Solo (1) recompensa por año)

- **Pruebas de detección de plomo y programa de visitas para el bienestar infantil:**

Cumpla con la visita para el bienestar infantil al médico de su hijo y pídale que le realicen pruebas de detección de plomo. Debe programar esta cita con el médico cuando el niño tiene 12 meses, 24 meses o hasta 48 meses (para pruebas de puesta al día del bienestar infantil). Humana lo recompensará con una tarjeta de regalo de \$20. (Solo (2) recompensas por niño)

- **Programa de visitas para el bienestar adolescente:**

Cumpla con la visita de control de su hijo adolescente (entre 12 y 21 años). Humana lo recompensará con una tarjeta de regalo de \$20. (Solo (1) recompensa por año)

- **Programa de primera visita prenatal y posparto para el bienestar de la madre:**

Cumpla con todas las visitas al médico antes y después de que nazca su bebé. Humana le enviará una tarjeta de regalo de \$30. (Solo (1) recompensa por embarazo)

- **Programa de primera visita para el bienestar del recién nacido:**

Cumpla con el primer examen de su bebé a cargo del médico dentro de los dos (2) meses del nacimiento. Humana le enviará una tarjeta de regalo de \$20. (Solo (1) recompensa por primera visita para el bienestar del bebé, por hijo)

- **Programa para dejar de fumar:**

El programa para dejar de fumar le brinda la ayuda de un asesor con grupos de apoyo y otros recursos en su zona. Complete el programa y Humana lo recompensará con una tarjeta de regalo de \$30.

O bien complete el programa con los medicamentos que le indica su médico para ayudarlo a dejar de fumar. Humana lo recompensará con una tarjeta de regalo por un total de \$50. (Cantidad total de la recompensa: \$50 por afiliado).

- **Programa de tratamiento por abuso de sustancias:**

El programa de tratamiento por abuso de sustancias le brinda la ayuda de un asesor con grupos de apoyo y otros recursos en su zona. Complete estos tres pasos del programa:

1. Inscribese en el programa de tratamiento por abuso de sustancias. Humana lo recompensará con una tarjeta de regalo de \$10.
2. Manténgase sobrio durante 90 días en el programa. Humana lo recompensará con una tarjeta de regalo de \$20.
3. Manténgase sobrio durante 180 días en el programa. Humana lo recompensará con una tarjeta de regalo de \$20.

- **Programa Fit de Humana Family:**

Inscribese en el programa Fit de Humana Family. Después, hágase un control con su médico. Humana lo recompensará con una tarjeta de regalo de \$25. Cuando se inscribe en el programa Fit, puede recibir los siguientes beneficios:

- asesor personal de salud
- información sobre alimentación saludable
- báscula para pesarse
- kit de caminata: incluye un podómetro, una mochila con correa, una botella de agua y una toalla. Estas herramientas pueden ayudarlo a alcanzar sus objetivos. (Solo (1) báscula y (1) kit durante el curso de su vida)

Complete el programa Fit de Humana Family. Después, hágase un control con su médico. Humana lo recompensará con otra tarjeta de regalo de \$25. (Solo (2) tarjetas de regalo por año)

Hable con su médico para obtener información y para inscribirse en los programas

Las recompensas y los incentivos son intransferibles. Los afiliados perderán el acceso a las recompensas y los incentivos ganados si se desafilian voluntariamente del plan Humana Family o si pierden el derecho a Medicaid durante más de ciento ochenta (180) días (y no se restablece automáticamente la afiliación a Humana Family).

Planificación familiar

Su médico puede brindarle servicios de planificación familiar. Esto le permite a su médico coordinar sus necesidades de servicios de salud. También puede elegir cualquier médico de Medicaid para que le brinde servicios de planificación familiar. No se requiere aprobación previa. Para más información, llame al Servicio al Cliente de Humana Family al 1-800-477-6931 (TTY 711).

Referidos y autorización previa

Los servicios que se indican a continuación están disponibles sin un referido de su proveedor de atención primaria. Esto significa que no es necesario que su proveedor de atención primaria apruebe estos servicios para usted. Consulte el Resumen de beneficios en la Sección 5 de este manual para obtener más información.

- podología (servicios para los pies)
- servicios de obstetricia/ginecología
- dermatología (trastornos de la piel)
- mamografías de cualquier proveedor de Humana Family
- quiropráctico
- exámenes auditivos de rutina
- anteojos y examen ocular anual
- servicios dentales preventivos y de rutina
- servicios de planificación familiar de cualquier proveedor de Medicaid

Cómo obtener la aprobación/autorización para los servicios

Algunos servicios requieren un referido de su proveedor de atención primaria y la autorización previa del Plan de atención administrada para que usted pueda recibirlos. Su proveedor de atención primaria solicitará esta aprobación y programará estos servicios para usted. Si no obtiene la aprobación de su proveedor de atención primaria, es posible que deba pagar la atención o los servicios médicos.

Servicios de salud mental

Para recibir servicios de salud mental, llame al proveedor de servicios de salud mental de su área, quien podrá brindarle una lista de los problemas del comportamiento comunes y hablará con usted sobre cómo reconocerlos.

Los afiliados de los condados de Miami-Dade, Monroe, Broward, Palm Beach, Indian River, Martin, Okeechobee, St. Lucie, Hardee, Highlands, Hillsborough, Manatee y Polk deben llamar a Psychcare al 1-800-221-5487.

Los afiliados de los condados de Escambia, Okaloosa, Santa Rosa y Walton deben llamar a Access al 1-866-477-6725.

• Proveedor de servicios de salud mental

Para elegir un proveedor de servicios de salud mental en el área de los condados de Miami-Dade, Monroe, Broward, Palm Beach, Indian River, Martin, Okeechobee, St. Lucie, Hardee, Highlands, Hillsborough, Manatee y Polk, llame sin cargo a Psychcare al 1-800-221-5487. Los afiliados del área de Escambia, Okaloosa, Santa Rosa y Walton deben llamar a Access al 1-866-477-6725.

- No es necesario obtener un referido de su proveedor de atención primaria para obtener servicios para la salud del comportamiento. Si desea cambiar de proveedor de servicios de salud mental, llame al proveedor de servicios de salud mental de su área.
- Su proveedor de servicios de salud mental hará todos los arreglos y obtendrá todas las aprobaciones y los referidos para los especialistas y hospitales de salud mental.
- Para obtener una lista de proveedores en su área, consulte el Manual para los afiliados de Medicaid y el Directorio de proveedores del Plan de atención administrada.
- Si no está satisfecho con su actual proveedor de servicios de salud mental del Plan de atención administrada, puede elegir otro proveedor de la red sin costo alguno para usted.

• Servicios de salud mental

El tratamiento de trastornos psiquiátricos y emocionales incluye los siguientes servicios:

- asesoramiento
- servicios de evaluación y exámenes
- servicios de terapia y tratamiento
- zooterapia
- arteterapia
- servicios de rehabilitación
- servicios de salud del comportamiento en niños
- servicios de tratamiento diurno

Para obtener más información sobre los servicios de salud del comportamiento, llame al proveedor de servicios de salud mental de su área. Es posible que existan limitaciones, exclusiones y límites en los proveedores fuera de la red.

- **Acceso a su proveedor de salud mental**

El Plan de atención administrada cuenta con muchos proveedores de salud mental en su área para proveerle la atención que necesita. Usted se encuentra a menos de 30 minutos de proveedores y hospitales de salud mental, y a menos de 60 minutos de especialistas.

- Puede obtener atención que se necesita con urgencia en menos de 24 horas.
- La atención que se necesita con urgencia se refiere a aquella que recibe cuando usted está muy enfermo pero su vida no corre peligro.
- Puede obtener una consulta de atención para el bienestar en un plazo de cuatro semanas después de comunicarse con su proveedor de salud mental.
- Puede obtener atención de rutina en menos de una semana después de comunicarse con su proveedor de salud mental.

- **Atención de emergencia de la salud mental dentro del área de servicio**

Si tiene una emergencia, diríjase a la sala de emergencias o centro de atención de urgencia más cercano. Los servicios después de que usted se haya estabilizado se prestan sin aprobación previa. Vea a su proveedor de atención primaria con fines de seguimiento lo antes posible. Primero comuníquese con su proveedor de servicios de salud mental si no está seguro de que el problema sea una emergencia. Puede llamar a su proveedor de servicios de salud mental en su área las 24 horas del día.

Las situaciones de salud mental de emergencia incluyen:

- peligro para usted mismo u otros
- lesiones físicas graves que pueden ocasionar la muerte
- imposibilidad de realizar tareas de la vida cotidiana

- **Atención de emergencia de la salud mental fuera del área de servicio**

Si se encuentra fuera del área de servicio y tiene una emergencia (consulte Situaciones de salud mental de emergencia), visite la sala de emergencias o el centro de atención de urgencia más cercano. Los servicios después de que usted se haya estabilizado se proveen sin aprobación previa. Vea a su proveedor de atención primaria con fines de seguimiento lo antes posible. Primero comuníquese con su proveedor de servicios de salud mental si no está seguro de que el problema sea una emergencia. Puede llamar al proveedor de servicios de salud mental en su área las 24 horas del día.

Afiliados de los condados de Miami-Dade, Monroe, Broward, Palm Beach, Indian River, Martin, Okeechobee, St. Lucie, Hardee, Highlands, Hillsborough, Manatee y Polk: Psychcare al 1-800-221-5487.

Afiliados de Escambia, Okaloosa, Santa Rosa y Walton: Access al 1-866-477-6725.

- **Atención de salud mental sin carácter de emergencia fuera de la red y fuera del área de servicio**

El Plan de atención administrada no es responsable de los servicios de salud mental sin carácter de emergencia que brinda un proveedor fuera de la red, a menos que el Plan de atención administrada apruebe estos servicios.

*Los servicios posteriores a la estabilización se brindan sin autorización previa.

SECCIÓN 5: Resumen de beneficios

Beneficios	Usted paga*	Información adicional
Servicios hospitalarios/salud del comportamiento para pacientes internos	\$0	Es posible que se requiera autorización previa o un referido. Su proveedor de atención primaria o los representantes de Servicio al Cliente pueden brindarle más detalles.
Servicios hospitalarios/cirugía para pacientes ambulatorios	\$0	Es posible que se requiera autorización previa o un referido. Su proveedor de atención primaria o los representantes de Servicio al Cliente pueden brindarle más detalles. Consulte “Servicios hospitalarios para pacientes internos”.
Servicios de laboratorio/radiografías	\$0	Es posible que se requiera autorización previa o un referido. Su proveedor de atención primaria o los representantes de Servicio al Cliente pueden brindarle más detalles.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (sin carácter de emergencia)	\$0	Sin límite monetario en los servicios para pacientes ambulatorios. Sujeto a necesidad médica. Es posible que se requiera autorización previa o un referido.
Terapia para pacientes ambulatorios (física/respiratoria/del habla/ocupacional)	\$0	Es posible que se requiera autorización previa o un referido. Su proveedor de atención primaria o los representantes de Servicio al Cliente pueden brindarle más detalles.
Sala de emergencias	\$0	
Cirugía ambulatoria	\$0	Es posible que se requiera autorización previa o un referido. Su proveedor de atención primaria o los representantes de Servicio al Cliente pueden brindarle más detalles.
Servicios de diálisis	\$0	Es posible que se requiera autorización previa o un referido. Su proveedor de atención primaria o los representantes de Servicio al Cliente pueden brindarle más detalles.
Servicios de quimioterapia	\$0	Es posible que se requiera autorización previa o un referido. Su proveedor de atención primaria o los representantes de Servicio al Cliente pueden brindarle más detalles.
Proveedor de atención primaria/ miembro registrado y especializado del personal de enfermería/ asistente médico	\$0	
Médico especialista	\$0	Es posible que se requiera autorización previa o un referido. Su proveedor de atención primaria o los representantes de Servicio al Cliente pueden brindarle más detalles.
Clínica (Centros de Salud Federales Calificados y Centros de Salud Rurales)	\$0	Es posible que se requiera autorización previa. Su proveedor de atención primaria o los representantes de Servicio al Cliente pueden brindarle más detalles.
Servicios de planificación familiar/ maternidad	\$0	Es posible que se requiera autorización previa. Su proveedor de atención primaria o los representantes de Servicio al Cliente pueden brindarle más detalles.

Beneficios	Usted paga*	Información adicional
Servicios del centro de parto y partera titulada	\$0	Es posible que se requiera autorización previa o un referido. Su proveedor de atención primaria o los representantes de Servicio al Cliente pueden brindarle más detalles.
Hospicio	\$0	
Servicios de atención médica en el hogar	\$0	Es posible que se requiera autorización previa o un referido. Su proveedor de atención primaria o los representantes de Servicio al Cliente pueden brindarle más detalles. Consulte Servicios de atención médica en el hogar en la página 64.
Atención de enfermería	\$0	
Servicios de cuidados asistenciales	\$0	Consulte Servicios de cuidados asistenciales en la página 62.
Quiropráctico	\$0	Es posible que se requiera autorización previa. Su proveedor de atención primaria o los representantes de Servicio al Cliente pueden brindarle más detalles.
Podólogo	\$0	Es posible que se requiera autorización previa. Su proveedor de atención primaria o los representantes de Servicio al Cliente pueden brindarle más detalles.
Servicios dentales	\$0	Consulte Servicios dentales en la página 63.
Servicios para la visión	\$0	Consulte Servicios para la visión en la página 63.
Servicios para la audición	\$0	Consulte Servicios para la audición en la página 63.
Servicios de salud del comportamiento para pacientes ambulatorios	\$0	Es posible que se requiera autorización previa o un referido. Su proveedor de atención primaria o los representantes de Servicio al Cliente pueden brindarle más detalles.
Servicios de farmacia para pacientes ambulatorios	\$0	Es posible que se requiera autorización previa para los medicamentos recibidos en el consultorio de un médico. Es posible que los medicamentos que se obtienen en la farmacia estén sujetos a requisitos de tratamiento por pasos, autorización previa o límites de cantidad.
Transporte sin carácter de emergencia	\$0	Es posible que se requiera autorización previa o un referido. Su proveedor de atención primaria o los representantes de Servicio al Cliente pueden brindarle más detalles.
Ambulancia	\$0	Es posible que se requiera autorización previa o un referido. Su proveedor de atención primaria o los representantes de Servicio al Cliente pueden brindarle más detalles.
Equipo médico duradero	\$0	Es posible que se requiera autorización previa o un referido. Su proveedor de atención primaria o los representantes de Servicio al Cliente pueden brindarle más detalles.

Descripción de los beneficios

Servicios hospitalarios para pacientes internos:

Para afiliados de 20 años y menores:

Salud física y del comportamiento

- El plan proveerá hasta 365 días de atención relacionada con la salud como paciente interno, incluida salud del comportamiento, todos los años.
- Es posible que se apliquen requisitos de autorización previa y otros límites.

Servicios de trasplante

- El Plan cubrirá los trasplantes médicamente necesarios y los servicios relacionados.
- Es posible que se apliquen requisitos de autorización previa y otros límites.

Para mujeres adultas embarazadas:

Salud física y del comportamiento

- El plan proveerá hasta 365 días de atención relacionada con la salud como paciente interno, incluida salud del comportamiento, todos los años.
- Es posible que se apliquen requisitos de autorización previa y otros límites.

Programa de tratamiento por abuso de sustancias

- El plan cubrirá hasta 28 días de cobertura como paciente interno para mujeres adultas embarazadas.
- Es posible que se apliquen requisitos de autorización previa y otros límites.

Servicios de trasplante

- El Plan cubrirá los trasplantes médicamente necesarios y los servicios relacionados.
- Es posible que se apliquen requisitos de autorización previa y otros límites.

Para afiliadas no embarazadas de 21 años y mayores:

Salud física y del comportamiento

- El plan cubrirá hasta 45 días de cobertura como paciente interno y hasta 365 días de atención de emergencia como paciente interno, incluida salud del comportamiento.
- Es posible que se apliquen requisitos de autorización previa y otros límites.

Servicios de trasplante

- El Plan cubrirá los trasplantes médicamente necesarios y los servicios relacionados.
- Es posible que se apliquen requisitos de autorización previa y otros límites.

Servicios de cuidados asistenciales:

Es posible que reúna los requisitos para servicios de cuidados asistenciales si vive en un centro de residencia asistida, centro de tratamiento residencial de salud mental u hogar de cuidados familiares para adultos.

Los servicios de cuidados asistenciales se proveen a las personas que muestran limitaciones funcionales, se deben basar en la necesidad según quede confirmado por una evaluación y se deben proveer de acuerdo con el plan de servicio individual de cada residente desarrollado en función de una evaluación anual.

Los servicios de cuidados asistenciales son similares a los que normalmente se proveen en centros de atención residencial a residentes que requieren un conjunto integrado de servicios las 24 horas del día. Incluyen asistencia con las actividades de la vida diaria, asistencia con las actividades instrumentales de la vida diaria, asistencia con el uso de medicamentos y respaldo de la salud.

Es posible que se requiera autorización previa y referido.

Atención de enfermería

Servicios de enfermería y atención personal médicamente necesarios en el hogar y por turnos provistos por un enfermero registrado (RN), auxiliar de enfermería (LPN) o asistente de enfermero registrado bajo la dirección de una agencia de atención médica en el hogar calificada.

Servicios para la visión

Usted tiene cobertura de servicios médicamente necesarios incluidos examen, diagnóstico, tratamiento y manejo de enfermedades oculares, exámenes de la visión para anteojos y servicios y suministros médicamente necesarios como anteojos, prótesis oculares y lentes de contacto; ajuste y despacho de anteojos y servicios de reparación de anteojos.

Para los afiliados menores de 21 años, el plan cubre anteojos ilimitados.

Para los afiliados de 21 años o más, el plan cubre:

- Un (1) par de anteojos cada dos (2) años.
- Un (1) juego de monturas por año; el afiliado paga cualquier costo superior a los cincuenta dólares (\$50) de lentes de contacto especializados y tiene un descuento del veinte por ciento (20%) en el costo extra.
- Debe ser médicamente necesario y es posible que se requiera autorización previa.

Comuníquese con el Servicio al Cliente al 1-800-477-6931 (TTY: 711) para obtener un listado de otros servicios cubiertos o de proveedores de servicios para la visión de Humana Family.

Servicios para la audición

Usted tiene cobertura de pruebas de audición y diagnóstico médicamente necesarias.

El plan también cubre audífonos, ajuste y despacho de audífonos y reparaciones y accesorios de audífonos.

También están cubiertos los servicios de implante coclear médicamente necesarios, que incluyen la entrega del dispositivo, el ajuste posoperatorio del auricular, y el reemplazo y las reparaciones a cargo de médicos, audiólogos y especialistas en audífonos.

El plan cubre:

- reparaciones, mantenimiento y limpieza de audífonos sin límite en el consultorio del médico
- cuarenta (40) baterías de audífono por año por audífono nuevo
- una (1) reparación del audífono de fábrica cada 3 años
- los servicios de audición deben ser médicamente necesarios

Llame a HearUSA al 1-877-664-9353 para localizar a un proveedor de Humana Family cerca de su domicilio.

Servicios dentales

Los afiliados de 20 años y menores tienen cubiertos servicios dentales completos.

Todos los afiliados tienen cobertura de dentaduras postizas y servicios relacionados con dentaduras postizas, así como servicios de cirugía oral y maxilofacial.

Para los afiliados de 21 años en adelante, el plan cubre:

- servicios dentales de emergencia
- un (1) examen básico cada seis (6) meses
- una (1) radiografía por año
- una (1) limpieza cada seis (6) meses
- un (1) tratamiento con flúor cada seis (6) meses
- un (1) tratamiento periodontal cada tres (3) años

Llame al Servicio al Cliente al 1-800-477-6931 (TTY 711) para conocer más sobre los servicios dentales y cómo elegir un dentista.

Circuncisión del recién nacido

El bebé varón recién nacido tiene cobertura hasta las 12 semanas de vida. Llame a Humana Family al 1-800-477-6931 (TTY: 711) para obtener más información.

Entrega de comidas a domicilio después del alta

Cubre 10 comidas precocidas y congeladas que se entregan en su casa después de recibir el alta de un hospital, hospital de atención aguda a largo plazo o centro de rehabilitación como paciente interno. Limitaciones: Se requiere la aprobación del Administrador de casos de Humana. Limitado a una vez por año de beneficio. Llame a Humana Family al 1-800-477-6931 (TTY: 711).

Visitas del médico al hogar

Si su médico considera que usted no puede ir al consultorio de un proveedor o a una clínica para recibir servicios, las visitas del médico a su hogar están cubiertas. Sujeto a necesidad médica. Llame a Humana Family al 1-800-477-6931 (TTY: 711) para obtener más información sobre este beneficio.

Vacunas

Usted tiene cubiertas las vacunas contra la neumonía, influenza (gripe) y herpes zóster. Hable con su proveedor de atención primaria para obtener más información sobre este beneficio.

Asesoramiento nutricional

Sesiones de asesoramiento nutricional médicamente necesarias a través de proveedores participantes. Límite de seis sesiones por año. Es posible que se requiera preautorización y referido del proveedor de atención primaria.

Alojamiento y comidas médicamente relacionados

Es posible que tenga cubiertos gastos médicamente relacionados, entre ellos, alojamiento y comidas, en el caso de que no pueda visitar a un proveedor para recibir un servicio médicamente necesario en el área de servicio local. Este beneficio está limitado al afiliado y un (1) acompañante.

Es posible que se apliquen requisitos de autorización previa y otros límites. Llame a Humana Family al 1-800-477-6931 (TTY 711) para obtener más información sobre este beneficio.

Servicios de atención médica en el hogar

Usted tiene cubiertas visitas de atención médica en el hogar ilimitadas. Incluye atención de enfermería especializada intermitente médicamente necesaria, servicios de asistencia de atención médica en el hogar y servicios de rehabilitación. Es posible que se requiera autorización previa y referido, sujeto a necesidad médica.

