

Member Handbook Manual de Afiliados

Humana Medical Plan
Florida Medicaid

Humana®

Table of contents

Section I: Important member information

- How to use this handbook4
- Your identification (ID) card4
- Important Member Information5
- Important Phone numbers.....7

Section II: Your rights

- Your rights.....8
- Your responsibilities9
- Enrollment.....9
- Open enrollment.....9
- Disenrollment 10
- Reinstatement..... 11
- Moving..... 11
- Informed consent..... 11
- Advance directives: Your medical care is your decision 11
- Confidentiality 12
- How to Request a Copy of Your Records 12
- Member grievance and appeal procedure..... 12
- Filing a grievance or an appeal 13
- Grievance 13
- Appeal 13
- Expedited process..... 13
- Medical fair hearing..... 14
- Subscriber assistance program..... 14
- Report suspected fraud 14
- Report Abuse 14

Section III: Your PCP

- Your Primary Care Provider (PCP) 15
- Changing your PCP..... 15
- Access To Your PCP 15
- After-Hours Coverage..... 15
- PCP And Other Providers..... 16
- Continuity of Care..... 16
- Second opinion..... 16
- Quality performance indicators..... 16
- Physician incentive payments 16
- New medical treatment 16
- Preventive care..... 17
- Transitioning your child to an adult care doctor 17

Well child visits.....	17
Immunization chart	18
Pharmacy products	19
PrescribeIT Over-the-counter (OTC) Program	19
Oral Health	25

Section IV: Your care

Emergency or urgent care.....	26
Emergency and non-emergency transportation	26
Hospital Outpatient Services	26
Out-of-network non-emergency care	26
Out-of-network care for services not available	26
Pregnancy and newborn care	26
Disease Management	27
Complex Case Management	28
Quality Improvement (QI) Program.....	28
Utilization Management.....	28
Quality Enhancements.....	29
Healthy Behaviors Programs	29
Family Planning	30
Referrals and prior authorization.....	30
How to get services approved or authorized	31
Services for Children Under Age 21	31
MediKids Enrollees	31
Mental health services.....	31
In Lieu of Services.....	32

Section V: People Who Have Both Medicare and Medicaid

People Who have Both Medicare and Medicaid	33
--	----

Section VI: Your benefits

Benefits Summary	34
Additional benefit information	36

HOW TO USE THIS HANDBOOK

Welcome to Humana Medical Plan!

We want you and your family to get all the benefits you can get as a member of Humana Medical Plan. Please take time to read this handbook. It will help you understand your benefits and how to get medical services when you need them.

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 and alternative format communications including, vision and hearing impairment and foreign languages, are available for free by calling Customer Service at 1-800-477-6931.

Your identification (ID) card

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

Humana.

Humana Medical Plan

MEMBER NAME

Member ID: HXXXXXXXXX

Medicaid ID#: XXXXXXXX

Date of Birth: XX/XX/XX

Effective Date: XX/XX/XX

PCP Name: XXXXXXXXX

PCP Phone: (XXX) XXX-XXXX

Primary Care Address: XXXXXXXXXXXX

Group #: XXXXXXXX

RxBIN: 610649

RxPCN: 03190000

Member/Provider Service:1-800-477-6931

Pharmacist Rx Inquiries:1-800-865-8715

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

AHCA HMO Complaint Hotline:1-888-419-3456

Please mail all claims to:

Humana Medical

P.O. Box 14601

Lexington, KY 40512-4601

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 Medical Plan 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 Medical Plan 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 Medical Plan members in the same household may get care from the same primary care provider.
- Always show your Humana Medical Plan ID card at your primary care provider's office, a pharmacy, or the hospital.
- Get a list of providers by calling the Humana Medical Plan Customer Service toll free at 1-800-477-6931 (TTY: 711). You can also go to our website at **Humana.com/members** to view the provider directory.
- 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 Beacon Health Options 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.
- If you have questions about your health, you can speak to a nurse at any time, 24 hours a day, by calling Humana Medical Plan Customer Service at 1-800-477-6931 (TTY: 711).
- 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 Medical Plan a better plan. Call Customer Service at 1-800-477-6931 (TTY: 711).
- There are locations throughout Florida where Medicaid members' inquiries can be addressed via face to face. To find a location near you call Customer Service at 1-800-477-6931 (TTY: 711).
- For information about the structure and operations of Humana Medical Plan, call Customer Service at 1-800-477-6931 (TTY: 711).
- 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.
- Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas. Comuníquese con nuestro Servicio al Cliente llamando al 1-800-477-6931. Si usa un TTY, marque 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

Medicaid field office phone number: 1-877-254-1055

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

Important phone numbers

Contact	Phone Number	Counties (If Applicable)
Humana Medical Plan		
Humana Medical Plan Customer Service	1-800-477-6931 (TTY: 711)	
Humana Medical Plan Obstetrics Case Manager	1-800-322-2758	
Disease Management and Complex Case Programs	1-800-322-2758	
Healthy Behaviors Programs		
Humana Family Fit Program	1-855-330-8053	
Nutritional Counseling	1-844-212-7523	
Smoking Cessation Program	1-800-221-5487	
Substance Abuse Program	1-800-221-5487	
Mom's First Prenatal & Postpartum Program	1-800-322-2758 Ext. 1500290	
Behavioral Health		
Beacon Health Options and 24 Hour Crisis Hotline	1-800-221-5487	Miami-Dade, Monroe, Broward, Palm Beach, Indian River, Martin, Okeechobee, St. Lucie, Hardee, Highlands, Hillsborough, Manatee, and Polk Counties
Access Behavioral Health Services and 24 Hour Crisis Hotline	1-866-477-6725	Escambia, Okaloosa, Santa Rosa, and Walton Counties
Transportation		
LogistiCare	1-866-779-0565	
Dental		
DentaQuest	1-844-231-8316	
Over-the-counter (OTC) Program		
PrescribeIT	1-800-526-1490	
Medicaid Office Phone Numbers		
Medicaid Field Office	1-877-254-1055	
Choice Counseling	1-877-711-3662 (Phone), 866-467-4970 (TDD)	
Other Important Phone Numbers		
Aging and Disabilities Resource Center	1-800-96-ELDER (1-800-963-5337)	
Local Aging and Disability Resource Centers	1-850-494-7101	Escambia, Okaloosa, Santa Rosa, and Walton Counties
	1-813-740-3888	Hardee, Highlands, Hillsborough, Manatee, and Polk Counties
	1-561-684-5885	Indian River, Martin, Okeechobee, Palm Beach, and St. Lucie Counties
	1-954-745-9567	Broward County
	1-305-670-6500	Miami-Dade and Monroe Counties
Department of Children and Families (DCF)	1-866-762-2237	
Consumer Complaint Hotline	1-888-419-3456	
Expedited Appeals by calling Humana Medical Plan	1-888-259-6779	
Medicaid Fair Hearing	1-877-254-1055	
Subscriber Assistance Program	1-850-412-4502 (Toll free: 1-888-419-3456)	
Abuse Hotline	1-800-962-2873	
HearUSA	1-877-664-9353	
Post-Discharge Meals	1-866-966-3257	

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.

Discrimination is Against the Law

Humana Inc. and its subsidiaries ("Humana") comply with applicable Federal civil rights laws and do not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex.

If you need assistance you may contact Steve Amshoff, your Non-Discrimination Compliance Coordinator at:

Steve Amshoff
500 W. Main Street -10th floor
Louisville, Kentucky 40202
Phone: 1-877-320-1235
Videophone: 361-214-1050
Fax: 877-320-1269
Email: accessibility@humana.com

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 Medical Plan or the state enrolls you in a plan, you will have 120 days from the date of your first enrollment to try the Managed Care Plan. During the first 120 days you can change Managed Care Plans for any reason. After the 120 days, if you are still eligible for Medicaid, you may be enrolled in the plan for the next eight 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, without cause.

Disenrollment

If you are a mandatory enrollee and you want to change plans after the initial 120-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 or provide guidance 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 Medical Plan if you lose your Medicaid benefit. If you get it back within 180 days (6 months), Medicaid will put you back in Humana Medical Plan. Humana Medical Plan will let you know in writing if you're placed back in Humana.

Moving

Humana Medical Plan is offered in some counties in Florida. Humana Medical Plan 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 Medical Plan 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 (TTY: 711) 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.

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 Medical Plan 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.

How to Request Copy of Your Records:

You have the right to ask for a private exchange of your records. If you believe that you would be harmed if we mailed your records to your home address, you can ask us to send them by other means. Other means might be fax or mailed to another address.

You have the right to view and get a copy of all the records we keep about you. This is anything we use to make decisions about your health. It includes enrollment and payment. It also includes claims and medical management records.

You do not have the right to get certain types of health records. We may decide not to give you these:

- Records that have psychotherapy notes.
- Records collected for use in a court case or other legal action.
- Records subject to federal laws about biological products and clinical laboratories. In some cases, we may not let you get a copy of your records. You will be informed in writing. You may have the right to have our action reviewed.

You have the right to ask us to make changes to wrong or incomplete records. These changes are known as amendments. You must ask for the change in writing. You need to give a reason for your change(s). We will get back to you in writing no later than 60 days after we receive your letter.

If we need more time, we may take up to another 30 days. We will inform you of any delays and tell you when we will get back to you. If we make your changes, we will let you know they were made. We will also give your changes to others who we know have your records and to other persons you name.

If we choose not to make your changes, we will let you know why in writing. You will have a right to send us a letter disagreeing with us. We have a right to answer your letter. You then have the right to ask that your original request for changes, our denial and your second letter disagreeing with us be put with your records. Your request must be in writing.

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 Medical Plan can handle all member grievances and appeals including Title XXI MediKids members. A special set of records is kept with the reason, date, and results. Humana Medical Plan keeps these records at its central office in Kentucky. If you are enrolled in Humana Medical Plan as part of Title XXI MediKids then you are not eligible for the Medicaid Fair Hearing process.

Filing a grievance or an appeal

Humana Medical Plan wants to work with you to try to settle your issue. If you have questions or an issue, call Humana Medical Plan Customer Service at 1-800-477-6931 if you use TTY, call 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 Medical Plan, it will be mailed within three working days. You can also ask for help from Humana Medical Plan to fill out the form. If you file a grievance or an appeal, you will receive an acknowledgement letter within five (5) business days of receipt of your grievance or appeal.

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



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

We will review all complaints/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 complaint/grievance/appeal process. If you would like your services to continue you need to submit your appeal on or before the notice of adverse benefit determination 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 issue
- What action you're looking for
- Your signature
- Date

Grievance: You have the right to make a written or verbal grievance at any time. The process may take up to 90 days. However, Humana Medical Plan 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 Medical Plan 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 Medical Plan 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 make a written or verbal appeal. You must file the appeal either verbally or in writing within (60) calendar days of the receipt of the notice of adverse benefit determination, and, except when expedited resolution is required, must be followed 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 30 calendar days. However, Humana Medical Plan will settle your appeal as quickly as your health condition requires. A letter telling you the outcome will be mailed within 30 calendar days from the date Humana Medical Plan 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 Medical Plan 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 Medical Plan within 72 hours.

You can ask for this type of appeal by calling Humana Medical Plan 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 appeal decision, you can ask for a Medicaid Fair Hearing. You have up to 120 calendar days after receiving the decision letter to request a hearing. You have up to 120 calendar days from the receipt of the notice of adverse benefit determination letter to request a fair hearing. If you are enrolled in Humana Medical Plan 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 Agency for Health Care Administration Medicaid Hearing Unit, P.O. Box 60127 Ft. Myers, FL 33906 (877) 254-1055 (toll-free) (239) 338-2642 (fax) MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com.

You have the right to receive benefits during a Medicaid Fair Hearing. You can ask to continue your benefits by calling our Humana Medical Plan 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 Medical Plan's appeal or grievance decision, you can also ask for a review by the Subscriber Assistance Program. You have one year from receiving the final 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. If you are enrolled in Humana Medical Plan as part of Title XXI MediKids, you are eligible for the Subscriber Assistance Program review.

To ask for the Subscriber Assistance Program review, contact the Agency for Health Care Administration, Subscriber Assistance Program, Building 3, MS 45, 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 business 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.

You may also report your concerns 24 hours a day to Humana relating to Fraud, Waste, and Abuse by calling Humana's Special Investigations Hotline at 1-800-614-4126 or email siureferrals@humana.com. Humana's efforts to prevent and detect fraud can be found online at: <http://www.humana.com/about/fraud>.

Report abuse

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

Important information on the Humana Medical Plan website

Visit the Humana Medical Plan website for plan information including:

- Member Handbook,
- Provider Directory,
- Prescription Drug Guide and Over-the-counter drug order form,
- Privacy Notice, and
- Humana Medical Plan Newsletters

You can also find a doctor or a dentist and click on important links.

Visit the website at www.humana.com/medicaid/florida/mma

SECTION 3 - YOUR PCP

Your Primary Care Provider (PCP)

It's very important to select a PCP. Your PCP will work with you to coordinate all of your healthcare needs.. 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. If you need to select a PCP, call Customer Service at 1-800-477-6931 (TTY: 711). You can see which doctors in your area are accepting members by going to the Humana Medical Plan website and using the Physician Finder tool at www.humana.com/medicaid/florida/mma and click on "Find a doctor".
- 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 Medical Plan 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 or provide guidance for some services based on religious or moral beliefs. If this happens to you, call Humana Medical Plan Customer Service at 1-800-477-6931 (TTY: 711). If your PCP limits counseling, and/or referral services based on moral or religious grounds, you will be told within 90 days.

Changing Your PCP

If you want to change your PCP, please call the Humana Medical Plan Customer Service at 1-800-477-6931 (TTY: 711), or go to the Humana Medical Plan website to use the Physician Finder tool at www.humana.com/medicaid/florida/mma and click on "Find a doctor".

Access To Your PCP

As a member of Humana Medical Plan you have access to care for PCP services and referrals to specialists for medical and behavioral health services. In most areas your PCP and hospitals are 30 minutes or less away from where you live and specialists are 110 minutes or less from where you live to provide the healthcare you need.

- 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 sick care within a week after you call your PCP.
- You can get an annual checkup within a month 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. Humana also has a 24 hours nurse line that you can be connected to via Humana Medical Plan Customer Service at 1-800-477-6931 (TTY: 711) to discuss any clinical needs.

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 Medical Plan 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.
- If you use doctors or hospitals that are not in the Humana Medical Plan 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.
- When you receive approved care from a PCP or hospital in the network, Humana Medical Plan 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.

Continuity of care

Your provider might leave Humana Medical Plan 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 provider. During this six-month period, your care will continue until your treatment is done or you choose another provider. 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 Medical Plan Customer Service at 1-800-477-6931 (TTY: 711).

Second opinion

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

Physician incentive payments

Humana Medical Plan 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 Medical Plan 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 Medical Plan to see if it can help you and will be covered by Humana Medical Plan.

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

If you have questions about your health, you can speak to a nurse at any time, 24 hours a day, by calling Humana Medical Plan Customer Service at 1-800-477-6931 (TTY: 711).

Transitioning your child (up to age 21) to an adult care doctor

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 front of your insurance ID card. Here are some things to think about when making this change:

- A primary care doctor is usually an internist or family medicine physician.
- Some primary care doctors only accept patients who are in a certain age group. You will want to keep this in mind when choosing a primary care doctor. Age limits for primary care doctors can be viewed in Humana's Physician Finder on our website or by calling customer service.
- 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.

Well child visits

Humana Medical Plan 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.

If you have questions about your health, you can speak to a nurse at any time, 24 hours a day, by calling Humana Medical Plan Customer Service at 1-800-477-6931 (TTY: 711).

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)							Catch up	Catch up		Catch up	Catch up	Catch up
Varicella (chickenpox)							Catch up	Catch up		Catch up	Catch up	Catch up
HepA (Hepatitis A)									Catch up	Catch up	Catch up	Catch up
HPV (Human Papillomavirus)												
MCV4 (Meningococcal conjugate)												
Influenza (Flu)							Once a year					

Pharmacy products

Prescriptions

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

You should show your Humana Medical Plan 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 you \$17.50 per month per member (Unspent balances are not accruable). 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.

Over-the-Counter (OTC) Health and Wellness Product Catalog

Note: You will receive the generic equivalent of all items

Antacid, Anti-Diarrheals, and Laxatives Antiacidos, Antidiarreicos y Laxantes

Product code	Product name	Compare to	Package count	Price
204	Aluminum Hydroxide Gel	Amphojel	16 oz.	\$10.00
032	Antacid/Anti-Gas Liquid	Maalox®	360 ml	\$9.00
318	Anti-Diarrheal Tablets- Loperamide 2 mg	Imodium® A-D	24	\$7.50
031	Anti-Hemorrhoidal Ointment	Preparation H®	60 gm	\$7.00
093	Bisacodyl 5 mg	Dulcolax®	25	\$6.50
227	Calcium Carbonate Antacid-Regular Strength	Tums® Regular Strength	150	\$6.50
349	Children's Gas Relief Drops	Infant's Mylicon	1	\$6.00
350	Children's Glycerin Suppositories	Fleet Pedia-Lax	6	\$10.00
116	Dairy Digestive Supplement - Lactase Enzyme	Lactaid Tabs	60	\$12.00
320	Extra Strength Gas Relief Tablets	Gas-X® Extra Strength	48	\$8.00
261	Famotidine 20 mg	Pepcid® 20 mg	25	\$7.50
208	Fiber Laxative Tablets	FiberCon®	90	\$9.00
216	Hemorrhoidal Suppositories	Preparation H® Suppositories	12	\$7.00
033	Milk of Magnesia - Laxative/Antacid	Phillips® Milk of Magnesia	360 ml	\$7.00
120	Motion Sickness Tablets - Dimenhydrinate	Dramamine	12	\$5.75
351	Nausea Relief Liquid	Emetrol	4 oz	\$6.00
112	Omeprazole 20 mg	Prilosec OTC® 20 mg	14	\$11.00
115	Pink Bismuth - Chewable Tablets	Pepto-Bismol® Chewable Tablets	30	\$7.00
264	Polyethylene Glycol 3350	MiraLAX®	238 gm	\$10.50
258	Psyllium Fiber Laxative Capsules	Metamucil® Capsules	160	\$11.00
104	Ranitidine 75 mg Tablets - Antacid	Zantac® 75 mg Tablets	30	\$7.00
233	Senna Laxative Tablets	Senokot®	100	\$10.00
101	Stool Softener Capsules	Colace®	100	\$7.00

Cough, Cold and Allergy Tos, Resfrio y Alergias

Product code	Product name	Compare to	Package count	Price
113	Cetirizine 10 mg	Zyrtec® 10 mg	30	\$12.00
290	Children's Allergy Liquid 5 mg/ 5 ml	Children's Claritin®	4 oz	\$9.00
352	Children's Cold & Cough DM Elixir Liquid	Children's Dimetapp	4 oz	\$7.00
260	Cough and Cold High Blood Pressure Tablets	Coricidin® HBP Cough and Cold	16	\$6.25
321	Cough Formula Expectorant	Robitussin®	8 oz	\$7.00

210	Cough Suppressant/Expectorant (sugar free)	Robitussin® Sugar Free DM	118 ml	\$7.00
096	Cough Suppressant/Nasal Decongestant/Expectorant	Robitussin® CF	120 ml	\$5.75
237	Daytime PE Tablets®	DayQuil™	16	\$6.50
111	Expectorant- Guaifenesin 400 mg	Mucus Relief 400 mg	30	\$11.00
291	Eye Itch Relief 0.025% Eye Drops	Zaditor®	0.17 fl oz	\$14.00
110	Loratadine 10 mg	Claritin®	30	\$10.00
043	Medicated Chest Rub	Vicks VapoRub®	99 gm	\$6.50
117	Menthol/Benzocaine Sore Throat Lozenges	Cepacol Lozenges	18	\$6.00
228	Nasal Decongestant PE Max Strength	Sudafed® PE Tablets	36	\$6.00
095	Nasal Decongestant Spray	Afrin®	30 ml	\$6.00
220	Pheno/Oral Anesthetic Sore Throat Spray	Chloraseptic®	180 ml	\$6.00
325	Saline Nasal Spray	Ocean® Saline Nasal Spray	90 ml	\$6.00
097	Sinus-Acetaminophen/ Phenylephrine HCl	Tylenol® Sinus	24	\$6.00

Diabetes Management Control de la Diabetes

Product code	Product name	Compare to	Package count	Price
265	Compression Stockings 15-20mmHg Regular Beige Size A (Ankle: 7" - 7 7/8"; Calf: 10" - 13")	JOBST®	1	\$15.00
266	Compression Stockings 15-20mmHg Regular Beige Size B (Ankle: 8" - 8 7/8"; Calf: 12" - 15")	JOBST®	1	\$15.00
267	Compression Stockings 15-20mmHg Regular Beige Size C (Ankle: 9" - 9 7/8"; Calf: 14" - 17")	JOBST®	1	\$15.00
268	Compression Stockings 15-20mmHg Regular Beige Size D (Ankle: 10" - 10 7/8"; Calf: 16" - 19")	JOBST®	1	\$15.00
269	Compression Stockings 15-20mmHg Regular Beige Size E (Ankle: 11" - 11 7/8"; Calf: 18" - 21")	JOBST®	1	\$15.00
270	Compression Stockings 15-20mmHg Regular Beige Size F (Ankle: 12" - 12 7/8"; Calf: 20" - 23")	JOBST®	1	\$15.00
271	Compression Stockings 15-20mmHg Regular Beige Size G (Ankle: 13" - 13 7/8"; Calf: 22" - 26")	JOBST®	1	\$15.00
329	Compression Stockings 15-20mmHg Regular Black Size A (Ankle: 7" - 7 7/8"; Calf: 10" - 13")	JOBST®	1	\$15.00
330	Compression Stockings 15-20mmHg Regular Black Size B (Ankle: 8" - 8 7/8"; Calf: 12" - 15")	JOBST®	1	\$15.00

331	Compression Stockings 15-20mmHg Regular Black Size C (Ankle: 9" - 9 7/8"; Calf: 14" - 17")	JOBST®	1	\$15.00
332	Compression Stockings 15-20mmHg Regular Black Size D (Ankle: 10" - 10 7/8"; Calf: 16" - 19")	JOBST®	1	\$15.00
333	Compression Stockings 15-20mmHg Regular Black Size E (Ankle: 11" - 11 7/8"; Calf: 18" - 21")	JOBST®	1	\$15.00
334	Compression Stockings 15-20mmHg Regular Black Size F (Ankle: 12" - 12 7/8"; Calf: 20" - 23")	JOBST®	1	\$15.00
335	Compression Stockings 15-20mmHg Regular Black Size G (Ankle: 13" - 13 7/8"; Calf: 22" - 26")	JOBST®	1	\$15.00
272	Diabetic Skin Relief Foot Cream	Gold Bond Diabetic Skin Relief Foot Cream	96 gm	\$9.00
305	Glucose Tablets - 6 pack of 10	DEX4® Glucose Tablets	60	\$11.50
273	Reagent Strips for Urinalysis	Diastix® Reagent Strips for Urinalysis	50	\$11.00
274	Sharps Container	BD™ Home Sharps Container	1	\$6.50
275	Test Strips for Urinalysis	Ketone Test Strips for Urinalysis	50	\$11.00

First Aid/Medical Supplies

Suminitros Medicos de Primeros Auxilios

Product code	Product name	Compare to	Package count	Price
035	Alcohol Prep Pads	Curad® Alcohol Swabs	100	\$6.00
336	336 Ankle Support	Futuro®	1	\$9.00
226	Elastic Bandage	Ace® Bandage	1	\$6.00
339	Elbow Support	Futuro®	1	\$10.00
357	Knee Support w/stays - XL - 19"-21.75"	Futuro®	1	\$15.00
340	Knee Support w/stays - L - 16"-18.75"	Futuro®	1	\$15.00
341	Knee Support w/stays - M - 13"-15.75"	Futuro®	1	\$15.00
342	Knee Support w/stays - S - 10"-12.75"	Futuro®	1	\$15.00
324	Plastic Bandages	Band-Aids®	200	\$9.00
231	Triple Antibiotic Ointment Plus	Neosporin® + Pain Relief	30 gm	\$7.00
343	Wrist Support	Futuro®	1	\$13.00

Men's Health

Salud del Hombre

Product code	Product name	Compare to	Package count	Price
202	Latex Condoms	Trojan®	12	\$4.00

Pain Relievers

Analgesicos

Product code	Product name	Compare to	Package count	Price
294	Acetaminophen 325 mg	Tylenol® Regular Strength	100	\$7.00
002	Acetaminophen 500 mg	Tylenol® Extra Strength	100	\$6.00
020	Acetaminophen 80 mg	Tylenol® Children's Chewable	30	\$6.00

016	Aspirin Low Dose 81 mg EC	Bayer® Adult Low Strength EC	120	\$6.00
353	Children's Acetaminophen	Children's Tylenol®	4 oz	\$7.00
213	Cold and Hot Patches	Icy Hot® Patch	5	\$7.50
215	Effervescent Pain Relief	Alka-Seltzer®	36	\$7.00
229	Enteric Aspirin 325 mg	Ecotrin®	100	\$6.00
125	Headache Formula- Aspirin/ Acetaminophen/Caffeine	Excedrin®	100	\$7.50
019	Ibuprofen 200 mg Tablets	Advil®	50	\$6.50
094	Ibuprofen Suspension	Motrin®	4 oz	\$7.00
354	Infant's Acetaminophen	Infant's Tylenol®	2 oz	\$8.00
046	Muscle Rub	BenGay®	120 gm	\$8.00
283	Naproxen Sodium 220 mg	Aleve®	100	\$9.00
344	Roll-on Muscle Relief	Biofreeze®	2.5 oz	\$15.00
119	Topical Analgesic Cream- Capsaicin Cream 0.025%	Zostrix® Cream	60 gm	\$8.00

Personal Care

Cuidado Personal

Product code	Product name	Compare to	Package count	Price
257	7-Day Pill Box	7-Day Pill Box	1	\$7.00
243	Bladder control pads (regular)	Poise® Moderate Pads	20	\$9.00
242	Blood Pressure Home Kit (manual pump w/stethoscope)**	Blood Pressure Home Kit (manual pump w/stethoscope)	1	\$17.00
225	Denture Adhesive	Fixodent®	42 gm	\$6.00
307	Diaper Rash Ointment	Desitin® Ointment	60 gm	\$6.00
345	Disposable Gloves - Non-Latex	Curad®	100	\$10.00
118	Earwax Removal Drops	Debrox® Earwax Removal Drops	0.5 oz	\$8.00
319	Effervescent Denture Tabs	Efferdent®	90	\$7.50
219	Eye Drops- Redness Reliever	Visine® Original	0.5 oz	\$5.50
114	Lubricant Eye Drops (sterile)	Liquifilm Tears®	0.5 oz	\$7.00
346	Libricant Eye Gel	GenTeal®	0.34 oz	\$12.00
328	Natrapel® Insect Repellent	Natrapel® Insect Repellent	6	\$7.00
327	Off Deep Woods® Insect Repellent	Off Deep Woods® Insect Repellent	6	\$7.00
295	Oral Pain Relief- Benzocaine 20%	Orajel Maximum	0.5 oz	\$6.75
048	Oral Thermometer	B-D® Oral Thermometer	1	\$6.50
310	Reusable Cold Compress	ACE™ Cold Compress	1	\$7.00
347	Sodium Chloride 5% Eye Drops	Bausch & Lomb Muro-128®, 5%	0.5 oz	\$10.00
306	Sunblock SPF 30	Coppertone® SPF 30	8 oz	\$8.00
284	Toothbrush	Toothbrush	3	\$6.75
285	Toothpaste	Toothpaste	2	\$8.00
296	Wart Remover Liquid	Compound W® Max Strength	0.5 oz	\$8.50

Skin Care

Cuidado de la Piel

Product code	Product name	Compare to	Package count	Price
217	Allergy Cream- Itch and Pain Relief	Benadryl® Extra Strength Cream	30 gm	\$5.50
037	Calamine Lotion	Calamine	6 ozl	\$6.00

038	Clotrimazole Cream 1%	Lotrimin AF®	15 gm	\$6.00
322	Hydrocortisone Cream 1%	Cortaid 10®	60 gm	\$7.50
241	Medicated Callus Remover	Dr. Scholl's®	6	\$6.50
218	Tolnaftate 1% Antifungal	Tinactin® Cream	30 gm	\$8.00

Vitamins, Minerals and Supplements* Vitaminas/Minerales

Product code	Product name	Compare to	Package count	Price
297	Antioxidant Tablets	Antioxidant Tablets	60	\$8.00
109	Calcium Citrate + Vitamin D	Citracal® Caplets + D	60	\$7.00
248	Chewable Calcium with Vitamin D Plus Minerals	Caltrate® 600 + D Plus Minerals Chewable	60	\$9.00
355	Children's Gummy Vitamins	Vitafusion™	60	\$8.00
902	Co-Enzyme Q-10 30 mg	Co-Enzyme Q-10 30 mg	30	\$10.00
063	Complete Senior Vitamins and Minerals	Centrum® Silver	60	\$10.00
011	Daily Multivitamin and Mineral	Centrum®	130	\$8.00
907	Eye Care Vitamins	Ocuvite® Extra	36	\$9.00
298	Ferrous Sulfate 5 gr	Feosol® 100	100	\$8.50
240	Folic Acid 800 mcg	Folic Acid 800 mcg	100	\$5.50
299	Gummy Multi-Vitamin	Multi-Vitamin Gummy	120	\$10.50
300	Gummy Vitamin C 250 mg	Gummy Vitamin C 250 mg	100	\$10.50
301	Gummy Vitamin D 2000 IU	Vitamin D 2000 IU Gummy	120	\$10.50
246	Liquid Iron Formulation 220 mg/5 ml	Feosol®	120	\$10.00
302	Magnesium Oxide 400 mg	Mag-Ox® 400 mg	100	\$8.50
278	Melatonin 5 mg	Melatonin 5 mg	100	\$7.50
107	One a Day Women's Multi-Vitamin	One-A-Day Women's®	60	\$7.50
316	One Daily Men's Multi-Vitamin	One-A-Day Men's®	60	\$7.50
317	Organic Sulfur MSM 1000 mg	Organic Sulfur MSM 1000 mg	90	\$9.00
303	Potassium Gluconate 595 mg	Potassium Gluconate 595 mg	100	\$6.00
909	Timed Release Niacin 500 mg	Timed Release Niacin 500 mg	100	\$8.00
238	Vitamin B-12	Vitamin B-12 1000 mcg	100	\$7.00
279	Vitamin B-12 5000 mcg Sublingual	Vitamin B-12 5000 mcg Sublingual	30	\$8.00
280	Vitamin B-Complex Sublingual	Vitamin B-Complex Sublingual	60	\$7.50
903	Vitamin B-Complex with B-12	B-Complex with B-12	100	\$8.00
010	Vitamin C 500 mg	Vitamin C 500 mg	100	\$6.00
209	Vitamin D 1000 IU	Vitamin D 1000 IU	100	\$7.00
239	Vitamin D 5000 IU	Vitamin D 5000 IU	100	\$9.00
012	Vitamin E 400 IU Synthetic	Vitamin E 400 IU Synthetic	100	\$8.00
308	Vitamin A and D Ointment	Vitamin A and D Ointment	1.5 oz	\$8.00

Women's Health Salud de la Mujer

Product code	Product name	Compare to	Package count	Price
041	Clotrimazole 1% Vaginal Cream	Gyne-Lotrimin® Cream	45 gm	\$8.00
304	Miconazole 3	Monistat® 3 Combo Pack	3 Day Supply	\$13.00
326	Urinary Pain Relief	AZO Urinary Pain Relief	30	\$8.00

Humana Medical Plan

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 DentaQuest at 1-844-231-8316 (TTY: 711).

Humana.com

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 or talk to a nurse, 24 hours a day, by calling Humana Medical Plan Customer Service at 1-800-477-6931 (TTY: 711):

- 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 Medical Plan 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 Medical Plan is not responsible for non-emergency healthcare services you get from an out-of-network provider unless Humana Medical Plan approves these services.

Out-of-network care for services not available

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

Pregnancy and newborn

If you are pregnant, or have recently had a baby it is important that you enroll your child with the Department of Children and Family (DCF) by calling 1-866-762-2237. You should also let Humana Medical Plan know by calling Customer Service at 1-800-477-6931.

Before the last three months of your pregnancy, you must choose a PCP for your baby. You can choose a PCP for your baby by calling Customer Service at 1-800-477-6931.

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 Changing Your PCP section.

Humana Medical Plan has a special program for pregnant women and newborns. Call your Humana Medical Plan obstetrics case manager at 1-800-322-2758. Choose a Humana Medical Plan obstetrician or midwife for your care and make an appointment as soon as possible with your doctor.

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
- Cancer

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 by calling the number below.

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

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 wants to provide you with quality care so we have developed a program to make sure we are always improving. This is called the Quality Improvement (QI) program. Humana's Quality Improvement program includes clinical care, preventive care and member services. It is available on Humana's website at www.humana.com/individual-and-family-support/guidelines/plan-information/. To request a printed copy, call 1-800-4-HUMANA 1-800-448-6262, or write to us at:

Humana Quality Operations and Compliance Department, QI Program
321 West Main, WFP 20
Louisville, KY 40202

Utilization Management (UM)

Humana Medical Plan wants to make sure everyone receives the right medical care from the right provider at the right time. To make sure of this, Humana Medical Plan 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 at least eight hours a day during normal business hours.

Humana Medical Plan has people and free language interpreter services available to answer questions related to UM from non-English speaking members. TTY users should call 1-800-833-3301 or 711.

Quality Enhancements

Humana Medical Plan can refer you to some of the services listed below in your area. To learn more about these services, call your PCP or Humana Medical Plan 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 Medical Plan Customer Service to find out more.

- **Pregnancy prevention program**

Humana Medical Plan 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 Medical Plan Customer Service to find out more.

- **Prenatal/postpartum program**

Humana Medical Plan 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 Medical Plan Customer Service at 1-800-477-6931 (TTY: 711) to find out more.

- **Children's program**

Humana Medical Plan 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 Medical Plan 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 Medical Plan Customer Service at 800-477-6931 to find out more.

- **Behavioral Health Services**

For behavioral health services, please call the behavioral healthcare provider in your area. Behavioral health services are available to you without a referral from your PCP. The behavioral healthcare provider in your area 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 Beacon Health Options at 1-800-221-5487.

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

Healthy Behaviors Programs

You can take advantage of the following Healthy Behaviors Programs. Call the number listed per program to learn more about program requirements, milestones, restrictions, and rewards:

- **Baby Well Visit Program:**

If your baby is between 0 and 18 months old and has been a Humana member since birth, call Humana at 1-800-611-1467 to learn more and to enroll in the program. Humana will reward you with a gift card for completing each milestone within the program. (Only (1) reward per completed milestone, per enrolled baby)

- **Pediatric Well Visit Program:**

If your child is between 2 and 21 years old, call Humana at 1-800-611-1467 to learn more and to enroll in the program once a year. Humana will reward you with a gift card for completing milestones within the program. (Only (1) reward per completed milestone, per year, per enrolled child)

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

If you are pregnant, call Humana at 1-800-322-2758, at extension 1500290 to learn more and to enroll in the program. Humana will reward you with a gift card for completing milestones within the program. (Only (1) reward per completed milestone, per pregnancy, per enrolled member)

- **Smoking Cessation Program:**

If you are 18 years or older, call Beacon Health Options at 1-800-221-5487 to learn more and to enroll in the program.

Humana will reward you with a gift card for completing each milestone within the program. (Only (1) reward per completed milestone, per enrolled member, per year).

- **Substance Abuse Program:**

If you are 18 years or older, call Beacon Health Options at 1-800-221-5487 to learn more and to enroll in the program. Humana will reward you with a gift card for completing each milestone within the program. (Only (1) reward per completed milestone, per enrolled member, per year)

- **Humana Family Fit Program:**

If you are 18 years or older, call Humana at 1-855-330-8053 to learn more and to enroll in the program. Humana will reward you for completing each milestone within the program. (Only (1) reward per completed milestone, per enrolled member, per lifetime).

Incentives and rewards cannot be used for gambling, alcohol, tobacco or drugs (except for over-the-counter drugs). All programs, including incentives and rewards, are made available to all enrollees who meet the requirements of each program. Incentives and rewards are not used to direct you to select a certain provider. The maximum reward dollar amount on incentives and rewards does not include money spent on transportation, child care provided during delivery of services; or healthy behavior program services.

Incentives and rewards may take 90 to 180 days or greater to receive. Incentives and rewards are non-transferrable to other Managed Care Plans or other programs. Members will lose access to earned incentives and rewards if they voluntarily disenroll from the Humana Medical Plan or lose Medicaid eligibility for more than one-hundred eighty (180) days.

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 participating Medicaid doctor for family planning services. Prior approval is not needed. For more information, call Humana Medical Plan 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 section of this handbook for more information.

- Podiatry (foot services)
- Dermatology (skin disorders)
- Obstetrics/gynecological services
- Mammograms from any Humana Medical Plan provider
- Chiropractor
- Yearly eye exam and glasses
- Family planning from any participating Medicaid 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. See the benefits summary section for a list of some benefits that may require prior approval or authorization or ask your PCP. You can also call Customer Service at the phone number on the front of your ID card. 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.

Services for members under age 21

Humana Medical Plan must provide all medically necessary services for its members who are under age 21. This is the law. This is true even if Humana Medical Plan does not cover a service or the service has a limit. As long as your child's services are medically necessary, services have:

- No dollar limits; or
- No time limits, like hourly or daily limits.

Your provider may need to ask Humana Medical Plan for approval before giving your child the service. Call 1-800-477-6931 if you want to know how to ask for these services.

MediKids Enrollees

MediKids enrollees - Please visit http://ahca.myflorida.com/medicaid/Policy_and_Quality/Policy/program_policy/FLKidCare for additional coverage information.

Mental health services

For mental health services, please call the mental healthcare provider in your area. They can give you a full list of common problems with behavior. They can also talk to you about how to recognize some signs of a behavior health problem, such as;

- Little or no interest in doing things
- Feeling down, depressed, or hopeless
- Feel bad about yourself
- A change in eating or sleeping habits
- Become easily annoyed or irritated
- Using drugs and/or alcohol
- Feeling of anxiety or panic

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

For 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 Beacon Health Options 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
- Substance abuse 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. In most areas you are 30 minutes or less away from mental health providers and hospitals and 110 minutes or less 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
- Unable to carry out actions of daily life
- Serious harm to the body that may cause death

- **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 can call the: Beacon Health Options Crisis Hotline, 24 hours a day at 1-800-221-5487.

Members in Escambia, Okaloosa, Santa Rosa, and Walton Counties can call the: Access Behavioral Health Crisis Hotline, 24 hours a day 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.

In Lieu of Services

You may be eligible for services that are not covered under the State plan that are determined to be medically necessary; these are called in lieu of services. If you have questions about a service that is not covered under the State plan, please call Customer Service at 1-800-477-6931 (TTY: 711).

SECTION 5 – People Who Have Both Medicare and Medicaid

People who are eligible for both Medicare and Medicaid are called “dual eligibles.” If you are a dual eligible, most of your health care services are covered by Medicare. You may get your Medicare coverage through Original Medicare or a Medicare Advantage Plan (like an HMO or PPO).

If you qualify for Medicare and for full Medicaid benefits, you are a Full Benefit Dual Eligible. Full Benefit Dual Eligibles are eligible for Medicaid services that Medicare does not cover, like behavioral health, dental and long term care. Full Benefit Dual Eligibles must enroll in a Managed Medical Assistance plan like the Humana Medical Plan.

If you are a Full Benefit Dual Eligible, you will use your Humana Medical Plan a little differently. Below are ways in which your plan will be different:

- You will continue to use your Medicare PCP, even if that provider is not in the Humana Medical Plan network. If you don't have a PCP, Humana Medical Plan can help you choose one.
- You will continue to receive most of your services from Medicare. Services not covered by your Medicare plan like behavioral health and dental will be covered by Humana Medical Plan.
- You will continue to follow Medicare rules for Medicare services. You are not required to follow Humana Medical Plan rules for those services.
- You must follow Humana Medical Plan rules for services that are not covered by Medicare but are covered by our plan.
- You may not have a PCP on your Humana Medical Plan ID card.
- You may use providers in your Medicare network for your Medicare Services.
- You will need to give the doctor's office your Medicare ID, your Humana Medical Plan ID, and your Medicaid ID cards when visiting the doctor.

Here is what will not change:

- Humana Medical Plan will only cover services summarized in this handbook. You will not be eligible for all of these services from Humana Medical Plan if you receive them from Medicare.
- You will still have access to all of Humana Medical Plan's great programs such as Healthy Behaviors and Case Management.
- Humana Medical Plan will still be here to help you when you need it.
- You should not receive a bill for any service normally covered by Humana Medical Plan.

If you have any questions, please call us at 1-800-477-6931.

SECTION 6 – Benefit Summary

Payment of the following services is covered by Humana's Medical Plan when needed for your health. There is no cost sharing for members.

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.

Benefits	You Pay*	Additional Information
Birth Center and Licensed Midwife Services	\$0	May need prior authorization or a referral. Your PCP or Customer Service can give you more details.
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 38.
Nursing Care	\$0	
Assistive Care Services	\$0	See Assistive Care Services on page 36.
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 37.
Vision Services	\$0	See Vision Services on page 37.
Hearing Services	\$0	See Hearing Services on page 37.
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.

Additional Benefit Information

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.

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.
- Prior authorization may be required.

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

Call HearUSA at 1-877-664-9353 for a Humana Medical Plan 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*
- One (1) restorative treatment every three (3) years or every five (5) years*

*Prior authorization may be required

Call DentaQuest at 1-844-231-8316 (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 Medical Plan 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 Medical Plan 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 doctor visits to your home. Subject to prior authorization. Call Humana Medical Plan 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 prior 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 Medical Plan 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.

AIDS Services

For enrollees diagnosed with AIDS who have had a history of an AIDS-related opportunistic infection, medically necessary specialized medical equipment and supplies and medical massage therapy services may be covered. PCP referral and prior authorization may be required.

Non-Covered Services

For information on how and where to access Medicaid State Plan benefits that are not covered under Humana Medical Plan contact your area Medicaid office or Aging and Disability Resource Center. Refer to the important phone numbers list on page 7 of this handbook.

Discrimination is Against the Law

Humana Inc. and its subsidiaries comply with applicable Federal civil rights laws and do not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Humana Inc. and its subsidiaries do not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Humana Inc. and its subsidiaries provide:

- Provide free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provide free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact Customer Service at 1-800-477-6931 [TTY 711].

If you believe that **Humana Inc.** or its subsidiaries have failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with:

Discrimination Grievances

P.O. Box 14618

Lexington, KY 40512 - 4618

1-800-477-6931 or if you use a TTY, call 711.

You can also file a civil rights complaint with the **U.S. Department of Health and Human Services**, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

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

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Multi-Language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-477-6931 (TTY : 711) .

Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-477-6931 (TTY : 711).

Kreyòl Ayisyen (French Creole): ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-477-6931 (TTY : 711).

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-477-6931 (TTY : 711).

Português (Portuguese): ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-477-6931 (TTY : 711).

繁體中文 (Chinese): 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-477-6931 (TTY : 711)。

Français (French): ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-477-6931(ATS : 711).

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-477-6931(TTY : 711).

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-477-6931(телетайп: 711).

العربية (Arabic):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-477-6931 (رقم هاتف الصم والبك: 711).

Italiano (Italian): ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-477-6931(TTY: 711).

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-477-6931(TTY: 711).

한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-477-6931(TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Polski (Polish): UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-477-6931(TTY: 711).

ગુજરાતી (Gujarati): સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-477-6931 (TTY: 711).

ภาษาไทย (Thai): เรียงน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรีโทร 1-800-477-6931 (TTY: 711).

Diné Bizaad (Navajo): Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánílti'go **Diné Bizaad**, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódíílnih 1-800-477-6931(TTY: 711).

Contenido

Sección I: Información importante para los afiliados

Cómo usar este manual.....	43
Su tarjeta de identificación.....	43
Información importante para afiliados	44
Números de teléfono importantes	46

Sección II: Sus derechos

Sus derechos.....	47
Sus responsabilidades	48
Inscripción	48
Inscripción abierta.....	48
Desafiliación.....	48
Restablecimiento	49
Traslados.....	49
Consentimiento informado	49
Instrucciones anticipadas: su cuidado de la salud es decisión suya	50
Confidencialidad	50
Cómo solicitar una copia de su expediente	50
Procedimiento de presentación de quejas formales y apelaciones de los afiliados.....	51
Cómo presentar una queja formal o una apelación	51
Queja formal.....	52
Apelación.....	52
Proceso acelerado	52
Audiencia imparcial de Medicaid.....	52
Programa de asistencia al suscriptor	53
Denuncia de presunto fraude	53
Denuncias de abuso.....	53

Sección III: Su PCP

Su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)	54
Cómo cambiar de PCP.....	54
Acceso a su PCP.....	54
Cobertura después del horario laboral.....	54
PCP y otros proveedores.....	55
Continuidad de cuidado	55
Segunda opinión	55
Indicadores de calidad.....	55
Pagos de incentivos a médicos.....	55
Nuevo tratamiento médico	55
Cuidado preventivo.....	56
Transición del niño a un médico de cuidado de adultos.....	56

Consultas para el bienestar infantil	56
Calendario de vacunación	57
Productos de farmacia	58
Programa de medicamentos sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) obtenidos a través de PrescribeIT ...	58
Salud bucal.....	65

Sección IV: Su cuidado

Cuidado de urgencia o en casos de emergencia	66
Transporte de emergencia y sin carácter de emergencia	66
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	66
Cuidado sin carácter de emergencia fuera de la red.....	66
Cuidado fuera de la red para servicios no disponibles	67
Embarazo y cuidado de recién nacidos	67
Manejo de enfermedades.....	67
Coordinación de casos complejos.....	68
Programa para el Mejoramiento de la calidad (QI, por sus siglas en inglés).....	68
Control de la utilización	69
Mejoras a la calidad	69
Programas de comportamientos saludables	70
Planificación familiar	71
Referidos o autorización previa	71
Cómo obtener la aprobación o autorización de los servicios.....	71
Servicios para niños menores de 21 años.....	71
Afiliados a MediKids	71
Servicios de salud mental	72
Servicios sustitutos.....	73

Sección V: Personas que tienen Medicaid y Medicare

Personas que tienen Medicaid y Medicare	74
---	----

Sección VI: Sus beneficios

Resumen de beneficios	75
Información adicional de beneficios	78

CÓMO USAR ESTE MANUAL

¡Bienvenido a Humana Medical Plan!

Queremos que usted y su familia reciban todos los beneficios a su disposición como afiliados de Humana Medical Plan. Tómese un momento para leer este manual. Le ayudará a entender sus beneficios y cómo obtener servicios médicos cuando los necesite.

Si tiene preguntas sobre su plan, llame a Servicio al cliente al 1-800-477-6931. Si utiliza un dispositivo TTY, marque el 711. Los servicios de intérpretes y comunicaciones en formato alternativo, incluidas para personas con dificultades de visión y audición e idiomas extranjeros, están disponibles gratuitamente llamando a Servicio al cliente al 1-800-477-6931.

Su tarjeta de identificación

Humana Medical Plan le suministrará una tarjeta de identificación. Esta tarjeta muestra a los proveedores que usted está afiliado a Humana Medical Plan. Si pierde la tarjeta, llame a Servicio al cliente de Humana Medical Plan al **1-800-477-6931 (TTY: 711)**. Le daremos una tarjeta nueva.

Humana.

Humana Medical Plan

MEMBER NAME

Member ID: HXXXXXXXXX

Medicaid ID#: XXXXXXXX

Date of Birth: XX/XX/XX

Effective Date: XX/XX/XX

Group #: XXXXXXXX

RxBIN: 610649

RxPCN: 03190000

PCP Name: XXXXXXXXX

PCP Phone: (XXX) XXX-XXXX

Primary Care Address: XXXXXXXXXXXX

Member/Provider Service:

1-800-477-6931

Pharmacist Rx Inquiries:

1-800-865-8715

Pre-Certification and/or
admission notification call:

1-800-523-0023

AHCA HMO Complaint Hotline:

1-888-419-3456

Please mail all claims to:

Humana Medical

P.O. Box 14601

Lexington, KY 40512-4601

SECCIÓN 1

Información importante para los afiliados

- Tenga a bien leer y guardar este manual para los afiliados en un lugar seguro. Usted debe saber cómo funciona su plan de salud.
- Para afiliarse a Humana Medical Plan, debe tener Medicaid y vivir en una de estas regiones:
 - Región 1: Condados de Escambia, Santa Rosa, Okaloosa 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 Medical Plan, usted tiene derechos y responsabilidades, los cuales se detallan en este manual. También puede pedirle a su médico de cuidado primario que le muestre una copia de los mismos.
- Todos los afiliados de Humana Medical Plan del mismo hogar pueden recibir cuidado del mismo proveedor de cuidado primario.
- Muestre siempre su tarjeta de identificación de Humana Medical Plan cuando visite el consultorio de su proveedor de cuidado primario, una farmacia o el hospital.
- Si llama a Servicio al cliente de Humana Medical Plan al número gratuito 1-800-477-6931 (TTY: 711), podrá obtener el listado de proveedores. También puede visitar nuestro sitio web **Humana.com/members** para ver el directorio de proveedores.
- Si tiene preguntas sobre los servicios que cubre su plan, llame a Servicio al cliente al 1-800-477-6931 (TTY: 711).
- Para solicitar servicios de asesoramiento y salud mental:
 - Comuníquese con Beacon Health Options 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.
 - Comuníquese con Servicios para la salud del comportamiento Access al 1-866-477-6725 para los condados de Escambia, Okaloosa, Santa Rosa y Walton.
- Si tiene preguntas sobre su salud, puede hablar con una enfermera en cualquier momento, las 24 horas del día, llamando a Servicio al cliente de Humana Medical Plan al 1-800-477-6931 (TTY: 711).
- Para averiguar sobre los indicadores de calidad o las encuestas de satisfacción de los afiliados, llame a 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 Humana Medical Plan. Llame a Servicio al cliente al 1-800-477-6931 (TTY: 711).
- Hay ubicaciones en toda Florida donde las preguntas de los afiliados de Medicaid podrán recibir respuesta en persona. Para encontrar una ubicación cerca de usted, llame a Servicio al cliente al 1-800-477-6931 (TTY: 711).
- Para obtener información sobre la estructura y las operaciones de Humana Medical Plan, llame a Servicio al cliente al 1-800-477-6931 (TTY: 711).
- Esta información está disponible en forma gratuita en otros idiomas. Contacte con Servicio al cliente llamando al 1-800-477-6931. Si usa un TTY, llame al 711, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

- 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.

Número de teléfono de la Oficina de Campo de Medicaid: 1-877-254-1055

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

Para solicitar servicios, llame al 1-800-96-ELDER (1-800-963-5337) o contacte 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

Números de teléfono

Contacto	Número de teléfono	Condados (si aplica)
Humana Medical Plan		
Servicio al cliente de Humana Medical Plan	1-800-477-6931 (TTY: 711)	
Administrador de casos clínicos en obstetricia de Humana Medical Plan	1-800-322-2758	
Programas de Manejo de enfermedades y de Coordinación de casos complejos	1-800-322-2758	
Programas de comportamientos saludables		
Programa para el acondicionamiento físico de Humana Family	1-855-330-8053	
Asesoramiento en nutrición	1-844-212-7523	
Programa para dejar de fumar	1-800-221-5487	
Programa de farmacodependencia	1-800-221-5487	
Programa Mom's First para los períodos prenatal y posparto	1-800-322-2758 Ext. 1500290	
Salud del comportamiento		
Beacon Health Options y Línea directa de crisis las 24 horas	1-800-221-5487	Condados de Miami-Dade, Monroe, Broward, Palm Beach, Indian River, Martin, Okeechobee, St. Lucie, Hardee, Highlands, Hillsborough, Manatee y Polk
Servicios para la salud del comportamiento de Access y Línea directa las 24 horas para situaciones críticas	1-866-477-6725	Condados de Escambia, Santa Rosa, Okaloosa y Walton
Transporte		
LogistiCare	1-866-779-0565	
Seguro dental		
DentaQuest	1-844-231-8316	
Programa de medicamentos de venta sin receta (OTC)		
PrescribeIT	1-800-526-1490	
Números de teléfono de la Oficina de Medicaid		
Oficina de Campo de Medicaid	1-877-254-1055	
Choice Counseling	1-877-711-3662 (teléfono), 866-467-4970 (TDD)	
Otros números de teléfono importantes		
Centro de Recursos para Discapacitados y Ancianos	1-800-96-ELDER (1-800-963-5337)	
Centros de recursos locales para adultos mayores y personas discapacitadas	1-850-494-7101	Condados de Escambia, Santa Rosa, Okaloosa y Walton
	1-813-740-3888	Condados de Hardee, Highlands, Hillsborough, Manatee y Polk
	1-561-684-5885	Condados de Indian River, Martin, Okeechobee, Palm Beach, y St. Lucie
	1-954-745-9567	Condado de Broward
	1-305-670-6500	Condados de Miami-Dade y Monroe
Departamento de Niños y Familias (DCF, por sus siglas en inglés)	1-866-762-2237	
Línea directa del Departamento de Quejas del Consumidor	1-888-419-3456	
Apelaciones aceleradas mediante llamada a Humana Medical Plan	1-888-259-6779	
Audiencia Imparcial de Medicaid	1-877-254-1055	
Programa de asistencia al suscriptor	1-850-412-4502 (número gratuito: 1-888-419-3456)	
Línea directa para abusos	1-800-962-2873	
HearUSA	1-877-664-9353	
Comidas para después del alta hospitalaria	1-866-966-3257	

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 provee los servicios médicos y quién es el responsable de su cuidado.
4. Usted tiene derecho a saber qué servicios de apoyo 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 cuidado de la 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 cuidado.
9. Si usted reúne los requisitos para Medicare, tiene derecho a saber, a pedido y con antelación al tratamiento, si el proveedor de cuidado de la salud o centro de cuidado de la salud aceptan la tarifa de asignación de Medicare.
10. Usted tiene derecho a contar, a pedido y antes del tratamiento, con un presupuesto razonable de los cargos del cuidado de la salud.
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, origen nacional, religión, discapacidad o fuente de pago.
13. Usted tiene derecho a recibir tratamiento por cualquier afección 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 de cuidado de la salud o del centro de cuidado de la salud que le prestaron servicios y ante la agencia de concesión de matrículas del estado pertinente.
16. Usted tiene derecho a participar en las decisiones sobre su cuidado de la salud, 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 afección y capacidad de comprensión.

La discriminación es contra la ley

Humana Inc. y sus subsidiarias (“Humana”) cumplen con todas las leyes aplicables de derechos civiles federales y no discriminan por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Si necesita ayuda, puede contactar con Steve Amshoff, su coordinador de Cumplimiento de no discriminación al:

Steve Amshoff
500 W. Main Street -10th floor
Louisville, Kentucky 40202
Teléfono: 1-877-320-1235
Videoteléfono: 361-214-1050
Fax: 877-320-1269
Correo electrónico: accessibility@humana.com

Sus responsabilidades

1. Usted tiene la responsabilidad de brindarle al proveedor de cuidado de la 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 cuidado de la salud de cambios inesperados en su afección.
3. Usted tiene la responsabilidad de comunicarle a su proveedor de cuidado de la salud si comprende un posible curso de acción y lo que se espera de usted.
4. Usted tiene la responsabilidad de seguir el plan de tratamiento recomendado por su proveedor de cuidado de la 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 de cuidado de la salud o centro de cuidado de la salud.
6. Usted es responsable de sus acciones si se niega a recibir tratamiento o no sigue las instrucciones del proveedor de cuidado de la salud.
7. Usted es responsable de garantizar el cumplimiento de las obligaciones financieras respecto a su cuidado de la salud tan pronto sea posible.
8. Usted tiene la responsabilidad de cumplir con las normas y reglamentaciones del centro de cuidado de la salud que afecten el cuidado y el comportamiento del paciente.

Inscripción

Si usted debe inscribirse obligatoriamente en un plan, una vez que esté inscrito en Humana Medical Plan o que el estado lo inscriba en un plan, tendrá 120 días a partir de la fecha inicial de inscripción para probar el Plan de cuidado de la salud coordinado. Durante los primeros 120 días podrá cambiar de Planes de cuidado coordinado por cualquier motivo. Después de los 120 días, si aún sigue reuniendo los requisitos para Medicaid, se le puede inscribir en el plan por un período que comprende los siguientes ocho meses. Esto se denomina “inmovilidad”.

Inscripción abierta

Si usted se inscribió 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 Planes de cuidado coordinado. 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 cuidado de la salud coordinado durante el período de inscripción abierta de 60 días, sin justificación.

Desafiliación

Si usted se inscribió obligatoriamente y quiere cambiar de plan después de que finaliza el período inicial de 120 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 Planes de cuidado coordinado:

1. El afiliado no vive en una región donde el Plan de cuidado de la salud coordinado puede brindar servicios, según se detalla en el Sistema de Información de la Administración de Medicaid en Florida (FMMIS, por sus siglas en inglés).
2. El proveedor deja de estar en el Plan de cuidado de la salud coordinado.
3. El afiliado está excluido de la inscripción.
4. Se ha producido una infracción comercial o de alcance comunitario documentada.
5. Se impide al afiliado participar en el desarrollo de su plan de tratamiento o plan de cuidado.
6. El afiliado tiene una relación activa con un proveedor que no se encuentra en la red del Plan de cuidado de la salud coordinado, pero sí figura en la red de otro Plan de cuidado de la salud coordinado. “Relación

activa” se define como el haber recibido servicios del proveedor dentro de los seis meses previos a la solicitud de desafiliación.

7. El afiliado se encuentra en el Plan de cuidado de la salud coordinado incorrecto según lo determina la Agencia.
8. El Plan de cuidado de la salud coordinado ya no participa en la Región.
9. El estado le ha impuesto sanciones intermedias al Plan de cuidado de la salud coordinado, según lo especificado en 42 CFR 438.702(a)(3).
10. El afiliado necesita que se realicen servicios relacionados en forma concurrente, pero no todos los servicios relacionados están disponibles dentro de la red del Plan de cuidado de la salud coordinado, o el proveedor de cuidado primario (PCP) del afiliado ha determinado que recibir los servicios en forma separada lo sometería a usted a riesgos innecesarios.
11. El Plan de cuidado de la salud coordinado no cubre, debido a objeciones morales o religiosas, el servicio o no provee la orientación que el afiliado necesita.
12. El afiliado no hizo uso de la inscripción abierta debido a una pérdida temporal 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 del cuidado
 - Falta de acceso a los servicios cubiertos en virtud del contrato
 - Cambios desmedidos o inapropiados de los proveedores de cuidado primario
 - 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 sus necesidades de servicios de salud
 - Inscripción fraudulenta

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

Algunos beneficiarios de Medicaid pueden cambiar de Planes de cuidado coordinado 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 Medical Plan si pierde su beneficio de Medicaid. Si lo recupera dentro del plazo de 180 días (6 meses), Medicaid lo inscribirá nuevamente en Humana Medical Plan. Humana Medical Plan le notificará por escrito en caso de ser inscrito nuevamente en Humana.

Traslados

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

Si se muda a otro condado y no continuará con el mismo PCP, llame a Servicio al cliente de Humana al 1-800-477-6931 (TTY: 711) y háganoslo saber. Podemos ayudarle a buscar un nuevo proveedor de cuidado primario 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 cuidado primario si no desea someterse a un procedimiento. Su PCP le indicará cuáles son sus opciones, de modo que usted pueda tomar una buena decisión.

Instrucciones anticipadas

Su cuidado de la salud es decisión suya

Las instrucciones anticipadas son una manera de informar a otros sobre sus deseos. Su proveedor de cuidado primario le explicará qué son las instrucciones anticipadas y por qué son importantes. Puede que le interese preguntarle a su proveedor de cuidado primario al respecto. Usted puede cambiar o cancelar las instrucciones anticipadas en cualquier momento. Si realiza cambios, infórmele a su PCP 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 cuidado de la salud. Este formulario puede utilizarse como sus instrucciones anticipadas. Si desea obtener una copia, llame a 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 en contra de sus deseos. En 1990, el Congreso aprobó la Ley de Autodeterminación del Paciente. De conformidad con esta ley, las organizaciones de cuidado de la salud deben informar a los pacientes cómo ejercer este derecho con la ayuda de las instrucciones anticipadas. 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 anticipadas.

- **Las instrucciones anticipadas** (que permiten dar a conocer sus deseos) son un documento legal que le informa a su médico o cuidador qué tipo de tratamiento desea o no desea recibir en caso de verse incapacitado para expresarse por su cuenta. Los dos tipos son el testamento en vida y el poder notarial duradero para decisiones sobre el cuidado de la salud.
- **Un testamento en vida** describe cómo y qué tipo de cuidado 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 cuidado primario u otros médicos tratantes cuándo deben continuar o interrumpir los esfuerzos “heroicos” para mantenerlo con vida.
- **Un poder notarial duradero** para decisiones de cuidado de la 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 sobre el cuidado de la salud entran en vigencia solo cuando usted no puede tomar decisiones ni hablar por sí mismo. Puede presentar una queja si considera que su proveedor no ha cumplido con las leyes y reglamentaciones que rigen las instrucciones anticipadas. Llame a la Línea directa para quejas del consumidor al 1-888-419-3456.

Confidencialidad

Humana Medical Plan 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 o cualquier otra persona, a menos que las leyes lo permitan.

Cómo solicitar una copia de su expediente:

Usted tiene derecho a solicitar un intercambio privado de su expediente. Si considera que podría verse perjudicado si le enviamos su expediente por correo a su dirección residencial, puede pedirnos que lo enviemos por algún otro medio. Estos otros medios podrían incluir el envío por fax o a otra dirección.

Usted tiene derecho a ver y obtener una copia de todos los expedientes que conservamos sobre usted. Esto incluye todo lo que utilizamos para tomar decisiones sobre su salud. Incluye la inscripción y el pago. Y también los expedientes de reclamaciones y de gestión médica.

No tiene derecho a recibir ciertos tipos de expedientes de salud. Podemos decidir no entregarle lo siguiente:

- Expedientes que tengan anotaciones psicoterapéuticas.
- Expedientes recopilados para uso en un caso judicial u otra acción legal.
- Expedientes sujetos a leyes federales sobre productos biológicos y laboratorios clínicos. En algunos casos, podríamos negarle la autorización para obtener una copia de su expediente. Será notificado por escrito. Usted tiene derecho a solicitar que se revise nuestra acción.

Tiene derecho a solicitarnos que hagamos cambios en un expediente médico incorrecto o incompleto. Estos cambios se conocen como enmiendas. Debe solicitar el cambio por escrito. Debe dar un motivo para el/los cambio(s). Nosotros le responderemos por escrito a más tardar 60 días después de recibir su carta.

Si necesitamos más tiempo, podemos tomarnos hasta 30 días más. Le informaremos sobre cualquier demora y le diremos cuándo volveremos a comunicarnos con usted. Si realizamos los cambios, le informaremos al respecto. También le informaremos los cambios a otras partes que sepamos que tienen su expediente y a otras personas que usted nos indique.

Si decidimos no realizar los cambios, le informaremos los motivos por escrito. Usted tiene derecho a enviarnos una carta manifestando su desacuerdo con nosotros. Y nosotros tenemos derecho a responder esa carta. Usted luego tiene derecho a pedirnos que su solicitud de cambio original, nuestra denegación y su segunda carta manifestando su desacuerdo con nosotros se coloquen en su expediente. Debe hacer esa solicitud por escrito.

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 Medical Plan puede manejar todas las quejas formales y apelaciones del afiliado, incluidos los afiliados de MediKids, Título XXI. Conserva una serie de archivos especiales con el motivo, la fecha y los resultados. Humana Medical Plan guarda estos archivos en su oficina central en Kentucky. Si se ha inscrito en Humana Medical Plan como parte de MediKids, Título XXI, entonces no reúne los requisitos para el proceso de Audiencia Imparcial de Medicaid.

Cómo presentar una queja formal o una apelación

Humana Medical Plan desea trabajar con usted para intentar resolver su dificultad. Si tiene alguna pregunta o dificultad, comuníquese con Servicio al cliente de Humana Medical Plan al 1-800-477-6931. Si utiliza un TTY, llame al 711 entre las 8 a.m. y las 8 p.m.

Puede comunicarse con Servicio al cliente para presentar una queja, una queja formal o apelación. Si se comunica para presentar una queja, y no logramos resolverla para el final del día siguiente, automáticamente enviaremos la queja al proceso de quejas formales. Si desea presentar una queja, una queja formal o apelación por escrito, puede enviarnos una carta o puede descargar un formulario de nuestro sitio web o solicitarlo llamando a Servicio al cliente. Si solicita un formulario a Humana Medical Plan, lo recibirá por correo en el término de tres días hábiles. También puede solicitar ayuda a Humana Medical Plan para completar el formulario. Si presenta una queja formal o una apelación, recibirá una carta de acuse de recibo dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la recepción de su queja formal o apelación.

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



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

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

Tiene derecho a obtener servicios durante el proceso de queja/queja formal/apelación. Si desea que continúen sus servicios, tendrá que presentar la apelación en, o antes de, la fecha en que se le envíe la notificación de determinación adversa respecto de los beneficios; o dentro de los 10 días hábiles siguientes a la fecha de vigencia prevista de la acción, la fecha que sea posterior. Sin embargo, si la decisión respecto de la queja o 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 el asunto
- Qué medida desea que se implemente
- Su firma
- Fecha

Queja formal: Tiene derecho a presentar una queja formal en forma oral o escrita en cualquier momento. El procesamiento puede demorar hasta 90 días. No obstante, Humana Medical Plan resolverá su queja formal tan pronto como su afección médica lo requiera. Se le enviará una carta para informarle sobre el resultado dentro del plazo de 90 días a partir de la fecha en que Humana Medical Plan recibe su solicitud. Puede solicitar una extensión de 14 días si es necesario. También podemos solicitar una extensión si se necesita información adicional y la demora es para favorecerlo. Humana Medical Plan le enviará una carta avisándole de la extensión, la información adicional que se necesita y por qué es para favorecerlo.

Apelación: Debe presentar la apelación en forma oral o escrita en el término de sesenta (60) días calendario a partir de la recepción de la notificación de determinación adversa respecto de los beneficios y, salvo que se requiera una resolución acelerada, debe estar seguida por una notificación por escrito dentro de los diez (10) días calendario de la presentación oral. La fecha de la notificación oral 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 30 días calendario. No obstante, Humana Medical Plan resolverá su apelación tan pronto como su afección médica lo requiera. Se le enviará una carta para informarle sobre el resultado dentro del plazo de 30 días calendario a partir de la fecha en que Humana Medical Plan recibe su solicitud de apelación. Puede solicitar una extensión de 14 días si es necesario. También podemos solicitar una extensión si se necesita información adicional y la demora es para favorecerlo. Humana Medical Plan le enviará una carta avisándole de la extensión, la información adicional que se necesita y por qué es para favorecerlo.

Proceso acelerado: Los procesos “rápidos” acelerados se utilizan cuando el marco de tiempo estándar podría poner en riesgo su vida o salud, o su capacidad de obtener, mantener o recuperar el funcionamiento máximo. Usted tiene derecho a solicitar esta queja formal o apelación oral o escrita. Usted o su representante legal pueden presentar una apelación “urgente” o “acelerada”. Estas apelaciones son procesadas por Humana Medical Plan en un plazo de 72 horas.

Si desea solicitar este tipo de apelación, llame a Humana Medical Plan 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 de la apelación del Plan de cuidado de la salud coordinado, puede solicitar una audiencia imparcial de Medicaid. Tiene un plazo de hasta 120 días calendario a partir de la fecha de recepción de la notificación de la decisión para solicitar una audiencia imparcial. Tiene un plazo de hasta 120 días calendario después de recibir la carta de determinación adversa respecto de los beneficios para solicitar una audiencia imparcial. Si se ha inscrito en Humana Medical Plan como parte de MediKids, Título XXI, entonces no reúne los requisitos para el proceso de Audiencia Imparcial de Medicaid.

Para pedir una Audiencia Imparcial de Medicaid, comuníquese con Agency for Health Care Administration Medicaid Hearing Unit, P.O. Box 60127 Ft. Myers, FL 33906 (877) 254-1055 (número gratuito) (239) 338-2642 (fax) MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com.

Usted tiene derecho a recibir los beneficios durante una audiencia imparcial de Medicaid. Si desea continuar con los beneficios, llame a Servicio al cliente de Humana Medical Plan al 1-800-477-6931 (TTY: 711). Si no se decide en su favor, es posible que tenga que pagar dichos beneficios. Tiene derecho de revisar su caso antes y durante el proceso de apelación.

Programa de asistencia al suscriptor: Si no está satisfecho con la decisión de la apelación o queja formal de Humana Medical Plan, también puede solicitar una revisión por parte del Programa de asistencia al suscriptor. Tiene un año a partir de la fecha de recepción de la notificación de la decisión final para solicitar esta revisión. Si una audiencia imparcial de Medicaid ha completado una revisión, el Programa de asistencia al suscriptor no considerará su apelación. Si se ha inscrito en Humana Medical Plan como parte de MediKids, Título XXI, reúne los requisitos para la revisión del Programa de asistencia al suscriptor.

Para solicitar la revisión por parte del Programa de asistencia al suscriptor, contacte con la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud: Agency for Health Care Administration, Subscriber Assistance Program, Building 3, MS 45, 2727 Mahan Drive, Tallahassee, Florida 32308, o bien llame al 1-850-412-4502 (número gratuito: 1-888-419-3456).

Si desea comunicarse por teléfono con Servicio al cliente, llame al 1-800-477-6931 (TTY: 711). Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al 711. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Si llama fuera del horario normal, los fines de semana o los días festivos por una queja formal o apelación urgente o acelerada, se le solicitará que deje un mensaje de voz, y un especialista le devolverá la llamada durante el transcurso del día siguiente para resolver su queja formal o apelación acelerada.

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

Denuncia de presunto fraude

Para informar cualquier supuesto fraude o abuso en perjuicio de Medicaid Florida, llame a la Línea directa para quejas del consumidor al número gratuito 1-888-419-3456 o complete un Formulario de queja de fraude y abuso contra Medicaid, que se encuentra disponible en línea en: https://apps.ahca.myflorida.com/InspectorGeneral/fraud_complaintform.aspx; si informa un supuesto fraude y su informe resulta en una sanción, multa o confiscación de propiedad de un médico u otro proveedor de cuidado de la 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 (número gratuito 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 (Capítulo 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.

Puede comunicar a Humana las 24 horas al día sus preocupaciones en relación a fraude, malgasto y abuso llamando a la Línea directa para investigaciones espaciales de Humana al 1-800-614-4126 o enviando un correo electrónico a siureferrals@humana.com. Puede encontrar información en línea sobre los esfuerzos de Humana para prevenir y detectar el fraude en: <http://www.humana.com/about/fraud>.

Denuncias de abuso

Para informar casos de abuso, negligencia o explotación, llame a la línea directa para denuncias de abuso al 1-800-962-2873.

Información importante en el sitio web de Humana Medical Plan

Visite el sitio web de Humana Medical Plan para obtener información sobre el plan como:

- Manual para los afiliados,
- Directorio de proveedores,
- Guía de medicamentos recetados y formulario de pedido de medicamentos de venta sin receta,
- Aviso de privacidad, y
- Boletines informativos de Humana Medical Plan

También puede encontrar un médico o dentista y hacer clic en importantes enlaces.

Vaya a nuestro sitio web en www.humana.com/medicaid/florida/mma

SECCIÓN 3: SU PROVEEDOR DE CUIDADO PRIMARIO

Su proveedor de cuidado primario (PCP)

Es muy importante seleccionar un PCP. Su PCP trabajará con usted para coordinar todas sus necesidades de cuidado de la salud. Su PCP se ocupará de sus exámenes y tratará la mayoría de sus necesidades en cuanto al cuidado de la salud de rutina. Si es necesario, su proveedor de cuidado primario puede referirle a especialistas. Para contactar con su proveedor de cuidado primario, llame a su consultorio. En su tarjeta de identificación están impresos el nombre y el número de teléfono de su proveedor de cuidado primario. Es importante que se comunique con su PCP cada vez que necesite cuidado de la salud. También es posible que lo vea la asistente o enfermera de su proveedor de cuidado primario.

- Llame ahora mismo y coordine una consulta con su proveedor de cuidado primario. El número de teléfono está en su tarjeta de identificación de afiliado. Si necesita ayuda para seleccionar un PCP, llame a Servicio al cliente al 1-800-477-6931 (TTY: 711). Puede ver qué médicos de su área aceptan afiliados en el sitio web de Humana Medical Plan con la herramienta de búsqueda de proveedores, Physician Finder; visite www.humana.com/medicaid/florida/mma y haga clic en “Find a doctor” (Buscar un médico).
- Para averiguar qué hospital utiliza un PCP u otro médico, o para saber qué médicos no aceptan pacientes nuevos, visite el sitio web en **espanol.humana.com** o llame a Servicio al cliente de Humana Medical Plan al 1-800-477-6931 (TTY: 711).
- Los integrantes de una familia pueden tener todos el mismo proveedor de cuidado primario o elegir proveedores de cuidado primario distintos según las necesidades de cada uno.
- Es posible que algunos PCP no cubran o provean ciertos servicios sobre la base de sus creencias religiosas o morales. De ser así, comuníquese con Servicio al cliente de Humana Medical Plan al 1-800-477-6931 (TTY: 711). Si su PCP limita los servicios de asesoramiento o referido sobre la base de fundamentos morales o religiosos, recibirá una notificación en el término de 90 días.

Cómo cambiar de PCP

Si desea cambiar su PCP, llame a Servicio al cliente de Humana Medical Plan al 1-800-477-6931 (TTY: 711), o vaya al sitio web de Humana Medical Plan para usar la herramienta de búsqueda de proveedores, Physician Finder; visite www.humana.com/medicaid/florida/mma y haga clic en “Find a doctor” (Buscar un médico).

Acceso a su PCP

Como afiliado de Humana Medical Plan, usted tiene acceso a cuidado para servicios de PCP y referidos a especialistas para servicios médicos y para la salud del comportamiento. En la mayoría de las áreas su PCP y hospitales están a 30 minutos o menos en auto de donde vive y los especialistas están a 110 minutos o menos de donde vive para proveerle el cuidado de la salud que usted necesita.

- Puede obtener cuidado que se necesita con urgencia en menos de 24 horas. El cuidado que se necesita con urgencia se refiere a aquel que recibe cuando usted está muy enfermo, pero su vida no corre peligro.
- Puede recibir cuidado de rutina en menos de una semana una vez que llama a su PCP.
- Puede realizarse un chequeo anual en menos de un mes después de comunicarse con su PCP.

Cobertura fuera del horario de atención

Si se siente mal y el consultorio de su proveedor de cuidado primario está cerrado, debe llamar de todas formas. El consultorio de su PCP tendrá un mensaje de voz para informarle qué debe hacer. Puede tener un servicio de contestador que establecerá comunicación con su PCP. Pregúntele a su PCP si atiende después de las 5 p.m. y durante los fines de semana o festivos. Recuerde que puede comunicarse con el consultorio de su proveedor de cuidado primario por teléfono las 24 horas del día, los siete días de la semana. Humana también tiene una línea de enfermería las 24 horas a la que puede conectarse a través del Servicio al cliente de Humana Medical Plan llamando al 1-800-477-6931 (TTY: 711) para discutir sus necesidades clínicas.

Si tiene una emergencia, busque cuidado de la salud de inmediato y llame al 911.

PCP y otros proveedores

Los médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores que forman parte de la red de Humana Medical Plan pueden brindarle todo el cuidado de la salud que necesita.

- Usted debe recibir su cuidado de proveedores o centros en la red, excepto en casos de emergencia o durante un período de Continuidad del cuidado. Consulte la sección Continuidad del cuidado.
- Si utiliza médicos u hospitales que no forman parte de la red de Humana Medical Plan o que no han sido aprobados por su PCP, es posible que deba pagar la factura a menos que se encuentre en un período de Continuidad del cuidado. Consulte la sección Continuidad del cuidado.
- Cuando reciba cuidado aprobado de un PCP u hospital de la red, Humana Medical Plan pagará el costo.
- Es posible que deba limitarse a aquellos proveedores afiliados al grupo médico de cuidado primario. Esto significa que su PCP debe referirle a un especialista. Consulte a su proveedor de cuidado primario.

Continuidad de cuidado

Es posible que su proveedor deje de participar en Humana Medical Plan mientras usted recibe un tratamiento necesario por razones médicas. Si esto ocurre, tiene un plazo de hasta seis meses para terminar su tratamiento antes de elegir otro proveedor. Durante este período de seis meses, su cuidado continuará hasta que termine el tratamiento o elija otro proveedor. Si se pone en duda la calidad del cuidado del proveedor, esto puede no ser posible. Si tiene una enfermedad crónica o una afección de la salud compleja y recibe cuidado y servicio continuos, es importante que se comunique con Servicio al cliente de Humana Medical Plan al 1-800-477-6931 (TTY: 711).

Segunda opinión

Si necesita una segunda opinión, comuníquese con Servicio al cliente de Humana Medical Plan al 1-800-477-6931 (TTY: 711). Si su PCP le dice que necesita una cirugía o algún otro tratamiento médico y usted quiere una segunda opinión, Humana Medical Plan le ayudará a conseguir otra opinión.

El médico que ofrece la segunda opinión revisará su historia clínica, incluidos todos los informes de exámenes, y le dará una opinión a su PCP sin ningún costo para usted. Después de revisar esta segunda opinión, su PCP tomará la decisión final sobre su tratamiento.

Si desea obtener una segunda opinión de un médico que no forma parte de la red, Humana Medical Plan puede referirle a ese médico. Después de revisar esta segunda opinión, su PCP tomará la decisión final sobre su tratamiento. No podrá obtener tratamiento del proveedor que le da la segunda opinión.

Indicadores de calidad

Humana Medical Plan cuenta con datos sobre la satisfacción de los afiliados y sobre la calificación de los proveedores respecto de ciertas mediciones. Si desea esta información, llame a Servicio al cliente de Humana Medical Plan al 1-800-477-6931 (TTY: 711).

Pagos de incentivos a médicos

Humana Medical Plan 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 Servicio al cliente al 1-800-477-6931 (TTY: 711) y pregunte 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 Medical Plan 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 PCP. Su PCP trabajará con Humana Medical Plan para determinar si puede ser de ayuda y si Humana Medical Plan ofrece cobertura.

Cuidado preventivo

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

El cuidado preventivo incluye lo siguiente:

- Exámenes físicos rutinarios
- 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 de detección
- Prueba de detección de VIH
- Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento
- Vacunas

Si tiene preguntas sobre su salud, puede hablar con una enfermera en cualquier momento, las 24 horas del día, llamando a Servicio al cliente de Humana Medical Plan al 1-800-477-6931 (TTY: 711).

Transición del niño (hasta los 21 años) a un médico de cuidado de adultos

Si su hijo está listo para ser atendido por un médico de cuidado de adultos, en lugar de un pediatra, llame a Servicio al cliente al número que aparece en la parte delantera de su tarjeta de identificación. Las siguientes son algunas cosas que debe considerar al hacer este tipo de cambios:

- Un médico de cuidado primario es casi siempre un internista o un médico de familia.
- Algunos médicos de cuidado primario solo aceptan pacientes que se encuentran dentro de cierto grupo de edad. Deberá recordar esto cuando elija un médico de cuidado primario. Los límites de edad para los médicos de cuidado primario se pueden ver en la herramienta de búsqueda de proveedores de Humana, Physician Finder, en nuestro sitio web o llamando a Servicio al cliente.
- Si usted tiene un médico de familia que le gusta, esa persona es alguien a quien su hijo podría tomar en consideración. Hay ocasiones, sin embargo, en que los chicos desean un médico propio.
- Su hijo debe poder obtener una cita rápido cuando la necesite.
- Es importante que se sienta cómodo con el médico.
- En lo posible, ayude a su hijo a encontrar un nuevo proveedor de cuidado de la salud primaria para adultos. De lo contrario, planifique el proceso que deberá seguir una vez que haya cambiado de escuela o cuando se haya mudado a otra área.

Planificar con anticipación y hacer que este proceso fluya sin problemas es muy importante. Puede ayudarle a su hijo a construir una buena relación con un proveedor de cuidado primario. Además, puede tener un efecto positivo en la salud de su hijo durante muchos años más.

Consultas para el bienestar infantil

Humana Medical Plan 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 cuidado primario 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: El cuidado de sus hijos debe adecuarse a las pautas de la guía que se brindan a continuación. Hable con el proveedor de cuidado primario 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 cuidado primario de sus hijos.

Si tiene preguntas sobre su salud, puede hablar con una enfermera en cualquier momento, las 24 horas del día, llamando a Servicio al cliente de Humana Medical Plan al 1-800-477-6931 (TTY: 711).

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)								Refuerzo		Refuerzo		Refuerzo
Hib (haemophilus influenza tipo b)							Refuerzo	Refuerzo	Refuerzo			
Polio								Refuerzo		Refuerzo	Refuerzo	Refuerzo
PCV (neumococo conjugada)							Refuerzo	Refuerzo	Refuerzo			
RV (Rotavirus)												
MMR (sarampión, paperas, rubéola)							Refuerzo	Refuerzo		Refuerzo	Refuerzo	Refuerzo
Varicela							Refuerzo	Refuerzo		Refuerzo	Refuerzo	Refuerzo
HepA (hepatitis A)									Refuerzo	Refuerzo	Refuerzo	Refuerzo
HPV (virus del papiloma humano)												
MCV4 (vacuna meningocócica conjugada)												
Influenza (gripe)							Una vez por año					

Productos de farmacia

Medicamentos recetados

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

Debe mostrar su tarjeta de identificación de afiliado de Humana Medical Plan en la farmacia. Si muestra su tarjeta de identificación y compra medicamentos que están en la lista de medicamentos recetados, no hay copagos por ningún medicamento recetado.

- Si su proveedor le expide una receta por un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos cubiertos, o para utilizar un medicamento sin determinados límites y reglas, su PCP puede llamar a la Revisión de Farmacia Clínica de Humana al 1-800-555-2546 para solicitar una excepción. Una excepción es el permiso para obtener la cobertura de lo siguiente:
 - Medicamento que normalmente no está cubierto
 - Medicamento de terapia por fases
 - Medicamento con autorización previa
 - Medicamento en una cantidad que supera los límites establecidos

Cuando solicita una excepción, su médico u otro profesional que expide la receta deberán explicar las razones médicas por las que usted necesita la excepción. Tomaremos una decisión y le daremos nuestra respuesta respecto de la solicitud de excepción dentro de las 24 horas después de recibir la declaración de su médico o de la persona que expida la receta que avala la solicitud.

Si decimos que *sí* a su solicitud de una excepción, debemos brindarle la cobertura en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico o de la persona que expide la receta que avala la solicitud. Por lo general, la excepción es válida 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 decimos que *No* a su solicitud de una excepción, le enviaremos una carta en la que se explica por qué dijimos que *No*. En la carta también se le informará 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 sin receta (OTC) obtenidos a través de PrescribeIT 1-800-526-1490

Este beneficio le brinda \$17.50 por mes por afiliado (los saldos sin usar no son acumulables). 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 hábiles 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.

Catálogo de productos de venta sin receta para la salud y el bienestar de Humana

Nota: Recibirá el equivalente genérico de todos los artículos

Antiácidos, antidiarreicos y laxantes

Código del producto	Nombre del producto	Comparable a	Contenido del paquete	Precio
204	Hidróxido de aluminio, gel	Amphojel	16 oz	\$10.00
032	Líquido antiácido/control de flatulencias	Maalox®	360 ml	\$9.00
318	Comprimidos antidiarreicos - Loperamida 2 mg	Imodium® A-D	24	\$7.50
031	Ungüento antihemorroidal	Preparation H®	60 g	\$7.00
093	Bisacodilo 5 mg	Dulcolax®	25	\$6.50
227	Antiácido con carbonato de calcio, concentración regular	Tums® Regular Strength	150	\$6.50
349	Gotas para el alivio de los gases en niños	Mylicon para niños	1	\$6.00
350	Supositorios de glicerina para niños	Fleet Pedia-Lax	6	\$10.00
116	Suplemento digestivo lácteo - Enzima de lactasa	Lactaid, tabletas	60	\$12.00
320	Comprimidos para aliviar los gases, concentración extra	Gas-X® Extra Strength	48	\$8.00
261	Famotidina 20 mg	Pepcid® 20 mg	25	\$7.50
208	Laxante de fibra en comprimidos	FiberCon®	90	\$9.00
216	Supositorios antihemorroidales	Preparation H® Suppositories	12	\$7.00
033	Leche de magnesio - Laxante/antiácido	Phillips® Milk of Magnesia	360 ml	\$7.00
120	Comprimidos para mareos - Dimenhidrinato	Dramamine	12	\$5.75
351	Líquido de alivio de la náusea	Emetrol	4 oz	\$6.00
112	Omeprazol, 20 mg	Prilosec OTC® 20 mg	14	\$11.00
115	Bismuto rosa, comprimidos masticables	Pepto-Bismol® Chewable Tablets	30	\$7.00
264	Polietilenglicol 3350	MiraLAX®	238 g	\$10.50
258	Cápsulas laxantes de fibra Psyllium	Metamucil® Capsules	160	\$11.00
104	Ranitidina, 75 mg, tabletas - Antiácido	Zantac® 75 mg Tablets	30	\$7.00
233	Laxante de senna en comprimidos	Senokot®	100	\$10.00
101	Cápsulas para ablandar las heces	Colace®	100	\$7.00

Medicamentos para tos, resfriado y alergias

Código del producto	Nombre del producto	Comparable a	Contenido del paquete	Precio
113	Cetirizina 10 mg	Zyrtec® 10 mg	30	\$12.00
290	Líquido para alergias infantiles, 5 mg/5 ml	Children's Claritin®	4 oz	\$9.00

352	Cold & Cough DM Liquido para niños	Children's Dimetapp	4 oz	\$7.00
260	Comprimidos para tos, resfriado e hipertensión	Coricidin® HBP Cough and Cold	16	\$6.25
321	Fórmula para la tos, expectorante	Robitussin®	8 oz	\$7.00
210	Antitusivo/expectorante (sin azúcar)	Robitussin® Sugar Free DM	118 ml	\$7.00
096	Antitusivo/Descongestivo nasal/Expectorante	Robitussin® CF	120 ml	\$5.75
237	Daytime PE Tablets®	DayQuil™	16	\$6.50
111	Expectorante - Guaifenesina 400 mg	Mucus Relief 400 mg	30	\$11.00
291	Alivio de la comezón en los ojos, 0.025%, gotas para los ojos	Zaditor®	0.17 fl oz	\$14.00
110	Loratadina 10 mg	Claritin®	30	\$10.00
043	Bálsamo medicado para masajes en el pecho	Vicks VapoRub®	99 g	\$6.50
117	Pastillas para el dolor de garganta con mentol/benzocaína	Cepacol Lozenges	18	\$6.00
228	Descongestivo nasal PE, concentración máxima	Sudafed® PE Tablets	36	\$6.00
095	Descongestivo nasal en spray	Afrin®	30 ml	\$6.00
220	Spray anestésico oral para el dolor de garganta/fenol	Chloraseptic®	180 ml	\$6.00
325	Solución salina en spray nasal	Ocean® Saline Nasal Spray	90 ml	\$6.00
097	Senos nasales - Acetaminofén/fenilefrina	Tylenol® Sinus	24	\$6.00

Control de la diabetes

Código del producto	Nombre del producto	Comparable a	Contenido del paquete	Precio
265	Medias de compresión 15-20 mmHg regulares, color beige, tamaño A (Tobillo: 7"- 7 7/8"; Pantorrilla: 10"- 13")	JOBST®	1	\$15.00
266	Medias de compresión 15-20 mmHg regulares, color beige, tamaño B (Tobillo: 8"- 8 7/8"; Pantorrilla: 12"- 15")	JOBST®	1	\$15.00
267	Medias de compresión 15-20 mmHg regulares, color beige, tamaño C (Tobillo: 9"- 9 7/8"; Pantorrilla: 14"- 17")	JOBST®	1	\$15.00
268	Medias de compresión 15-20 mmHg regulares, color beige, tamaño D (Tobillo: 10"- 10 7/8"; Pantorrilla: 16"- 19")	JOBST®	1	\$15.00
269	Medias de compresión 15-20 mmHg regulares, color beige, tamaño E (Tobillo: 11"- 11 7/8"; Pantorrilla: 18"- 21")	JOBST®	1	\$15.00
270	Medias de compresión 15-20 mmHg regulares, color beige, tamaño F (Tobillo: 12"- 12 7/8"; Pantorrilla: 20"- 23")	JOBST®	1	\$15.00
271	Medias de compresión 15-20 mmHg regulares, color beige, tamaño G (Tobillo: 13"- 13 7/8"; Pantorrilla: 22"- 26")	JOBST®	1	\$15.00

329	Medias de compresión 15-20 mmHg Regulares, color negro, tamaño A (Tobillo: 7" - 7 7/8"; Pantorrilla: 10" - 13")	JOBST®	1	\$15.00
330	Medias de compresión 15-20 mmHg Regulares, color negro, tamaño B (Tobillo: 8" - 8 7/8"; Pantorrilla: 12" - 15")	JOBST®	1	\$15.00
331	Medias de compresión 15-20 mmHg Regulares, color negro, tamaño C (Tobillo: 9" - 9 7/8"; Pantorrilla: 14" - 17")	JOBST®	1	\$15.00
332	Medias de compresión 15-20 mmHg Regulares, color negro, tamaño D (Tobillo: 10" - 10 7/8"; Pantorrilla: 16" - 19")	JOBST®	1	\$15.00
333	Medias de compresión 15-20 mmHg Regulares, color negro, tamaño E (Tobillo: 11" - 11 7/8"; Pantorrilla: 18" - 21")	JOBST®	1	\$15.00
334	Medias de compresión 15-20 mmHg Regulares, color negro, tamaño F (Tobillo: 12" - 12 7/8"; Pantorrilla: 20" - 23")	JOBST®	1	\$15.00
335	Medias de compresión 15-20 mmHg Regulares, color negro, tamaño G (Tobillo: 13" - 13 7/8"; Pantorrilla: 22" - 26")	JOBST®	1	\$15.00
272	Crema para el alivio de la piel del pie diabético	Gold Bond Diabetic Skin Relief Foot Cream	96 g	\$9.00
305	Tabletas de glucosa	DEX4® Glucose Tablets	60	\$11.50
273	Tiras reactivas para análisis de orina	Diastix® Reagent Strips for Urinalysis	50	\$11.00
274	Contenedor de objetos punzantes	BD™ Home Sharps Container	1	\$6.50
275	Tiras reactivas para uroanálisis	Ketone Test Strips for Urinalysis	50	\$11.00

Suministros médicos/primeros auxilios

Código del producto	Nombre del producto	Comparable a	Contenido del paquete	Precio
035	Almohadillas con alcohol	Curad® Alcohol Swabs	100	\$6.00
336	336 Soporte para el tobillo	Futuro®	1	\$9.00
226	Vendas elásticas	Ace® Bandage	1	\$6.00
339	Soporte para el codo	Futuro®	1	\$10.00
357	Soporte para la rodilla con corsé - XL - 19" - 21.75"	Futuro®	1	\$15.00
340	Soporte para la rodilla con corsé - L - 16" - 18.75"	Futuro®	1	\$15.00
341	Soporte para la rodilla con corsé - M - 13" - 15.75"	Futuro®	1	\$15.00
342	Soporte para la rodilla con corsé - S - 10" - 12.75"	Futuro®	1	\$15.00
324	Apósitos plásticos	Band-Aids®	200	\$9.00
231	Ungüento con antibiótico triple Plus	Neosporin® + Pain Relief	30 g	\$7.00
343	Soporte para la muñeca	Futuro®	1	\$13.00

Salud del hombre

Código del producto	Nombre del producto	Comparable a	Contenido del paquete	Precio
202	Preservativos de látex	Trojan®	12	\$4.00

Analgésicos

Código del producto	Nombre del producto	Comparable a	Contenido del paquete	Precio
294	Acetaminofén 325 mg	Tylenol® Regular Strength	100	\$7.00
002	Acetaminofén 500 mg	Tylenol® Extra Strength	100	\$6.00
020	Acetaminofén 80 mg	Tylenol® Children's Chewable	30	\$6.00
016	Aspirina en dosis baja, 81 mg, EC	Bayer® Adult Low Strength EC	120	\$6.00
353	Acetaminofén para niños	Children's Tylenol®	4 oz	\$7.00
213	Parches de frío y calor	Icy Hot® Patch	5	\$7.50
215	Analgésico efervescente	Alka-Seltzer®	36	\$7.00
229	Aspirina con recubrimiento entérico 325 mg	Ecotrin®	100	\$6.00
125	Fórmula para el dolor de cabeza - Aspirina/Acetaminofén/Cafeína	Excedrin®	100	\$7.50
019	Ibuprofeno, 200 mg, tabletas	Advil®	50	\$6.50
094	Ibuprofeno, suspensión	Motrin®	4 oz	\$7.00
354	Acetaminofén infantil	Infant's Tylenol®	2 oz	\$8.00
046	Ungüento muscular	BenGay®	120 gm	\$8.00
283	Naproxeno sódico, 220 mg	Aleve®	100	\$9.00
344	Alivio para los músculos en roll-on	Biofreeze®	2.5 oz	\$15.00
119	Crema analgésica tópica - Crema de capsicum 0.025%	Zostrix® Cream	60 g	\$8.00

Cuidado personal

Código del producto	Nombre del producto	Comparable a	Contenido del paquete	Precio
257	Pastillero para 7 días	Pastillero para 7 días	1	\$7.00
243	Almohadillas para el control de la vejiga (regular)	Poise® Moderate Pads	20	\$9.00
242	Kit de presión arterial para el hogar (bomba manual con estetoscopio)**	Kit de presión arterial para el hogar (bomba manual con estetoscopio)	1	\$17.00
225	Adhesivo para dentaduras postizas	Fixodent®	42 gm	\$6.00
307	Pomada para sarpullido en el área del pañal	Desitin® Ointment	60 g	\$6.00
345	Guantes desechables - Sin látex	Curad®	100	\$10.00
118	Gotas para la remoción de cera del oído	Debrox® Earwax Removal Drops	0.5 oz	\$8.00
319	Tabletas efervescentes para dentaduras postizas	Efferdent®	90	\$7.50
219	Gotas para los ojos - Alivio del enrojecimiento	Visine® Original	0.5 oz	\$5.50

114	Colirio lubricante (estéril)	Liquifilm Tears®	0.5 oz	\$7.00
346	Gel ocular lubricante	GenTeal®	0.34 oz	\$12.00
328	Natrapel®, repelente para insectos	Natrapel® Insect Repellent	6 oz	\$7.00
327	Off Deep Woods®, repelente para insectos	Off Deep Woods® Insect Repellent	6 oz	\$7.00
295	Alivio oral para el dolor - Benzocaína al 20%	Orajel Maximum	0.5 oz	\$6.75
048	Termómetro oral	B-D® Oral Thermometer	1	\$6.50
310	Compresa fría reutilizable	ACE™, compresa fría	1	\$7.00
347	Gotas para los ojos de Cloruro de sodio 5%	Bausch & Lomb Muro-128®, 5%	0.5 oz	\$10.00
306	Protector solar, SPF 30	Coppertone® SPF 30	8 oz	\$8.00
284	Cepillo dental	Toothbrush	3	\$6.75
285	Crema dental	Crema dental	2	\$8.00
296	Removedor de verrugas, líquido	Compound W®, Max Strength	0.5 oz	\$8.50

Cuidado de la piel

Código del producto	Nombre del producto	Comparable a	Contenido del paquete	Precio
217	Crema para la alergia - Alivio del dolor y la picazón	Benadryl® Extra Strength Cream	30 g	\$5.50
037	Loción de calamina	Calamine	6 oz	\$6.00
038	Clotrimazol, crema al 1%	Lotrimin AF®	15 gm	\$6.00
322	Hidrocortisona, crema al 1%	Cortaid 10®	60 g	\$7.50
241	Removedor de callos medicado	Dr. Scholl's®	6	\$6.50
218	Crema antifúngica, tolnaftato al 1%	Tinactin® Cream	30 g	\$8.00

Vitaminas, minerales y suplementos*

Código del producto	Nombre del producto	Comparable a	Contenido del paquete	Precio
297	Comprimidos de antioxidante	Comprimidos de antioxidante	60	\$8.00
109	Citrato de calcio + Vitamina D	Citracal® Caplets + D	60	\$7.00
248	Calcio masticable con Vitamina D	Caltrate® 600 + D Plus Minerals Chewable	60	\$9.00
355	Vitaminas en gomitas para niños	Vitafusion™	60	\$8.00
902	Coenzima Q-10 30 mg	Coenzima Q-10 30 mg	30	\$10.00
063	Vitaminas y minerales completos para la tercera edad	Centrum® Silver	60	\$10.00
011	Multivitaminas y minerales diarios	Centrum®	130	\$8.00
907	Vitaminas para el cuidado de la vista	Ocuvite® Extra	36	\$9.00
298	Sulfato ferroso 5 g	Feosol® 100	100	\$8.50
240	Ácido fólico, 800 mcg	Ácido fólico, 800 mcg	100	\$5.50

299	Multivitaminas en gomitas	Multivitaminas en gomitas	120	\$10.50
300	Vitamina C en gomitas, 250 mg	Vitamina C en gomitas, 250 mg	100	\$10.50
301	Vitamina D en gomitas, 2000 IU	Vitamina D en gomitas, 2000 IU	120	\$10.50
246	Formulación de hierro líquido 220 mg/5 ml	Feosol®	120	\$10.00
302	Óxido de magnesio 400 mg	Mag-Ox® 400 mg	100	\$8.50
278	Melatonina, 5 mg	Melatonina, 5 mg	100	\$7.50
107	One a day - Multivitamínico para Mujeres	One-A-Day Women's®	60	\$7.50
316	Multivitaminas para el hombre de uso diario	One-A-Day Men's®	60	\$7.50
317	Azufre orgánico MSM 1000 mg	Azufre orgánico MSM 1000 mg	90	\$9.00
303	Gluconato de potasio, 595 mg	Gluconato de potasio, 595 mg	100	\$6.00
909	Niacina de acción prolongada, 500 mg	Niacina de acción prolongada, 500 mg	100	\$8.00
238	Vitamina B-12 1000 mcg	Vitamin B-12 1000 mcg	100	\$7.00
279	Vitamina B-12 5000 mcg, Sublingual	Vitamina B-12 5000 mcg, Sublingual	30	\$8.00
280	Vitamina B-Complejo sublingual	Vitamina B-Complejo sublingual	60	\$7.50
903	Vitamina B-Complejo con B-12	Vitamina B-Complejo con B-12	100	\$8.00
010	Vitamina C 500 mg	Vitamin C 500 mg	100	\$6.00
209	Vitamina, D 1000 IU	Vitamina, D 1000 IU	100	\$7.00
239	Vitamina, D 5000 IU	Vitamina, D 5000 IU	100	\$9.00
012	Vitamina E, 400 IU, sintética	Vitamina E, 400 IU, sintética	100	\$8.00
308	Vitamina A y D, ungüento	Vitamina A y D, ungüento	1.5 oz	\$8.00

Salud de la mujer

Código del producto	Nombre del producto	Comparable a	Contenido del paquete	Precio
041	Clotrimazol al 1%, crema vaginal	Gyne-Lotrimin® Cream	45 g	\$8.00
304	Miconazol 3, Paquete combinado	Monistat® 3 Combo Pack	Suministro de 3 días	\$13.00
326	Analgésico urinario	AZO, analgésico urinario	30	\$8.00

Humana Medical Plan

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?

- Cepílese dos veces al día
- Use hilo dental día por medio para eliminar cualquier resto de comida entre los dientes
- Consuma alimentos saludables todos los días; asegúrese de que sus comidas y bocadillos contengan ingredientes de los cinco grupos de alimentos:
 - Panes, cereales y otros granos
 - Frutas
 - Vegetales
 - 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.
- ¡Programa 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 DentaQuest al 1-844-231-8316 (TTY: 711).

espanol.humana.com

Humana®

SECCIÓN 4: SU CUIDADO

Cuidado de urgencia o en casos de emergencia

Es posible que deba decidir si le corresponde ir a una sala de emergencias o a un proveedor. Hágase estas preguntas o hable con una enfermera las 24 horas del día llamando a Servicio al cliente de Humana Medical Plan al 1-800-477-6931 (TTY: 711):

- ¿Es seguro esperar y llamar primero a mi proveedor de cuidado primario?
- ¿Es seguro esperar y concertar una cita con mi proveedor de cuidado primario uno o dos días después?
- ¿Es seguro esperar si puedo concertar una cita con mi proveedor de cuidado primario 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 cuidado de urgencia más cercano. Estos son algunos ejemplos:

- Pérdida de sangre importante
- Ataque al corazón
- Cortes graves que requieran puntos
- Pérdida del conocimiento
- Intoxicación
- Dolores fuertes en el pecho
- Falta de aliento
- Huesos fracturados

Llame a su proveedor de cuidado primario lo antes posible cuando esté en el hospital o cuando reciba cuidado en casos de emergencia. Puede llamar a su proveedor de cuidado primario las 24 horas del día. No necesita aprobación antes de recibir servicios en casos 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 cuidado primario. Si decide quedarse, usted deberá pagar los costos del tratamiento.

Si recibe tratamiento por una emergencia y el médico tratante le recomienda algún tratamiento una vez que se ha estabilizado, comuníquese con su PCP de Humana Medical Plan. 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 a una cita de cuidado de la salud sin carácter de emergencia, comuníquese con LogistiCare llamando al 1-866-779-0565. Debe llamar, por lo menos, 24 horas antes del horario de la cita.

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios

Estos servicios cubren varios artículos que usted recibe como paciente ambulatorio en el hospital. Estos son, pero no se limitan a, MRI, MRA, PET, tomografía computarizada, y otros procedimientos y pruebas de diagnóstico.

Cuidado 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 cuidado primario lo antes posible. Tenga en cuenta que fuera de su área de servicio solo tienen cobertura los servicios en casos de emergencia. Humana Medical Plan no es responsable de los servicios de cuidado de la salud que no sean casos de emergencia proporcionados por un proveedor fuera de la red, a menos que Humana Medical Plan apruebe dichos servicios.

Cuidado fuera de la red para servicios no disponibles

Su PCP coordinará su cuidado fuera de la red cuando Humana Medical Plan no está en condiciones de proveerle los servicios cubiertos necesarios o una segunda opinión si no hay un proveedor de la red disponible. Humana Medical Plan 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

Si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente, es importante que inscriba a su hijo con el Department of Children and Family (Departamento de Niños y Familias, DCF) llamando al 1-866-762-2237. También informe a Humana Medical Plan llamando a Servicio al cliente al 1-800-477-6931.

Antes de los últimos tres meses del embarazo, debe elegir un PCP para el bebé. Si desea solicitar un nuevo PCP para su bebé, llame a Servicio al cliente al 1-800-477-6931.

Si no elige un PCP para el bebé, el Plan de cuidado de la salud coordinado elegirá uno por usted. Si el Plan de cuidado de la salud coordinado selecciona el PCP y usted no quiere el que se ha elegido, puede cambiar de médico para su hijo. Consulte la sección “Cómo cambiar de PCP”.

Humana Medical Plan tiene un programa especial para mujeres embarazadas y recién nacidos. Llame al administrador de casos de obstetricia de Humana Medical Plan al 1-800-322-2758. Elija un obstetra o partero de Humana Medical Plan para su cuidado y solicite una cita lo antes posible con su médico.

Manejo de enfermedades

Humana proporciona un Programa de manejo de enfermedades de Medicaid por teléfono

¿Qué es el manejo de enfermedades?

El Programa de manejo de enfermedades es un programa que se centra en los afiliados donde el personal de enfermería ayuda a los afiliados a aprender a manejar su enfermedad proporcionándoles 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 personal de enfermería con licencia que tiene aptitudes para clasificar, evaluar, supervisar, determinar, informar, intervenir y documentar objetivos y resultados de cada afiliado en el programa.

- Diabetes
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Hipertensión
- Asma (adultos y pediátricos)
- VIH/SIDA
- Cáncer

El Programa de manejo de enfermedades brinda servicios, que incluyen, entre otros:

- La evaluación de las necesidades de los afiliados que pueden afectar el manejo de su enfermedad, tales como las limitaciones físicas, el estrés emocional, las dificultades de transporte y las necesidades medioambientales
- La creación de objetivos de autocontrol individualizados, que se basan en los antecedentes médicos, la evaluación psicosocial, las recomendaciones de los médicos y las necesidades de los afiliados
- La educación sobre el diagnóstico y el tratamiento
- Que sean referidos a otros proveedores de cuidado de la salud según sea necesario
- La asistencia a afiliados y proveedores en relación con el diagnóstico, el plan de cuidado y otras cuestiones relacionadas con la salud
- La educación de los afiliados sobre los controles de salud recomendados

- La educación y asistencia de los afiliados para alcanzar objetivos de dieta y ejercicios específicos de la enfermedad

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

- Mejorar la comprensión de los afiliados y asistir en el autocontrol de la enfermedad con educación y apoyo, al mismo tiempo que se hace un seguimiento del plan de cuidado de sus médicos
- Ayudar al afiliado a alcanzar y mantener un control óptimo de la(s) enfermedad(es)
- Crear mayor conciencia acerca de los riesgos de salud asociados a algunos comportamientos y estilos de vida personales
- Mejorar la comprensión de los afiliados de la importancia de visitar a su médico o a los especialistas con regularidad
- Explicarles a los afiliados cómo comunicarse en caso de una situación de urgencia o una emergencia
- Buscar y obtener recursos de la comunidad que satisfagan las necesidades médicas, psicológicas y sociales del afiliado
- Evaluar los resultados del programa sobre la salud de los afiliados que participan en el mismo

Puede inscribirse o desafilarse del programa en cualquier momento llamando al número a continuación.

Si padece alguna de las enfermedades que se mencionan arriba, solicite a su PCP un referido para el Programa de manejo de enfermedades, o puede referirse usted mismo de alguna de las maneras siguientes:

- Teléfono: Llame a Humana al 1-800-322-2758
- Sitio web: **espanol.humana.com** Horario de atención del Programa de manejo de enfermedades: de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m., hora del este
- Si desea darnos su opinión acerca del Programa de manejo de enfermedades o si tiene alguna queja, contáctenos. Teléfono: 1-800-322-2758

Coordinación de casos complejos

Los afiliados de Medicaid pueden reunir los requisitos para recibir los servicios de Coordinación de casos complejos si han tenido varias hospitalizaciones o tienen necesidades médicas complejas que requieren una asistencia frecuente y constante. La Coordinación de casos complejos se provee a los afiliados de Medicaid a través de un personal de enfermería de Humana que está especialmente capacitado en la coordinación de casos. Hay un equipo de médicos, asistentes sociales y socios de servicios de la comunidad disponible para garantizar que se satisfagan las necesidades de los afiliados y se realicen todos los esfuerzos necesarios para mejorar y optimizar su salud y bienestar general. El Programa de coordinación de casos es optativo.

Si desea recibir más información acerca del Programa de coordinación de casos complejos, autoreferirse o cancelar su participación en el Programa de coordinación de casos complejos, puede contactar con el Departamento de Servicios de Salud al 1-800-322-2758.

Programa para el Mejoramiento de la calidad (QI)

Humana desea proveerle cuidado de calidad, por eso hemos desarrollado un programa para garantizar que siempre estamos mejorando. Se trata del programa para el Mejoramiento de la calidad (QI). El programa para el Mejoramiento de la calidad de Humana incluye cuidado clínico, cuidado preventivo y servicios para los afiliados. Se encuentra en el sitio web de Humana en www.humana.com/individual-and-family-support/guidelines/plan-information/. Para solicitar una copia impresa, llame al 1-800-4-HUMANA (1-800-448-6262), o escriba a:

Humana Quality Operations and Compliance Department, QI Program
321 West Main, WFP 20
Louisville, KY 40202

Control de la utilización

Humana Medical Plan desea asegurarse de que todos reciban el cuidado de la salud adecuado del proveedor adecuado en el momento oportuno. A fin de garantizar esto, Humana Medical Plan trabaja con sus médicos y hospitales para garantizar 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 entender que:

- La toma de decisiones de Control de la utilización en Humana se basa solamente en lo apropiado del cuidado y el servicio, y en la existencia de cobertura.
- Humana no recompensa específicamente a los médicos ni a otros individuos por emitir denegaciones de cobertura.
- Los incentivos financieros para los que toman las decisiones de Gestión de usos no incentivan las decisiones que llevan a una infrautilización.

Si tiene preguntas o preocupaciones sobre la gestión de usos, encontrará personal a su disposición al menos ocho horas al día durante el horario laboral normal.

Humana Medical Plan cuenta con personas y servicios de interpretación de idiomas gratuitos para responder las preguntas relacionadas con Control de la utilización de los afiliados que no hablan inglés. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-833-3301 o 711.

Mejoras en la calidad

Humana Medical Plan puede referirle a algunos de los servicios que se indican a continuación en su área. Para obtener más información sobre estos servicios, comuníquese con su PCP o con Servicio al cliente de Humana Medical Plan 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 cuidado primario debe estar atento a signos de violencia familiar durante su visita de cuidado preventivo. También puede obtener materiales educativos de su proveedor de cuidado primario. Comuníquese con su PCP o con Servicio al cliente de Humana Medical Plan para obtener más información.

- **Programa de prevención del embarazo**

Humana Medical Plan puede referirle 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 PCP o con Servicio al cliente de Humana Medical Plan para obtener más información.

- **Programa de servicios prenatales/posparto**

Humana Medical Plan 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 comportamientos saludables, o estrategias para ayudarlo a mantener el rumbo. Cuando nazca su bebé, el administrador de casos y su proveedor de cuidado primario le brindarán más información sobre la planificación familiar. También la remitirán a los programas Healthy Start y WIC. Comuníquese con su PCP o con Servicio al cliente de Humana Medical Plan al 1-800-477-6931 (TTY: 711) para obtener más información.

- **Programa para niños**

Humana Medical Plan puede referirle a programas para niños en su zona que ayudan a prevenir problemas de salud y proporcionan servicios de cuidado de la salud temprano a familias con niños de 0 a 5 años. Humana Medical Plan también se reúne con su PCP para ayudarlo a mantener saludables a sus hijos. Hable con su PCP sobre estos programas en su área o llame a Servicio al cliente de Humana Medical Plan al 1-800-477-6931 para obtener más información.

- **Servicios para la salud del comportamiento**

Para solicitar servicios para la salud del comportamiento, comuníquese con el proveedor de cuidado de la salud del comportamiento de su área. Los servicios para la salud del comportamiento están disponibles sin que sea referido por su PCP. El proveedor de cuidado de la salud del comportamiento de su área podrá brindarle una lista de los problemas comunes del comportamiento y podrá hablar con usted acerca de cómo reconocer los problemas.

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

Los afiliados en los condados de Escambia, Okaloosa, Santa Rosa y Walton, deben llamar a Servicios para la salud del comportamiento Access al 1-866-477-6725

Programas de comportamientos saludables

Puede aprovechar los siguientes Programas de comportamientos saludables. Llame al número de cada programa para obtener más información sobre sus requisitos, hitos, restricciones y recompensas:

- **Programa de visita para el bienestar del bebé:**

Si su bebé tiene entre 0 y 18 meses y ha sido afiliado de Humana desde el nacimiento, llame a Humana al 1-800-611-1467 para obtener más información e inscribirse en el programa. Humana le recompensará con una tarjeta de regalo por completar cada hito dentro del programa. (Solo (1) recompensa por hito completado, por bebé inscrito)

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

Si su hijo tiene entre 2 y 21 años, llame a Humana al 1-800-611-1467 para obtener más información e inscribirse en el programa una vez al año. Humana le recompensará con una tarjeta de regalo por completar hitos dentro del programa. (Solo (1) recompensa por hito completado, por año, por hijo inscrito)

- **Programa para mamás para el primer período prenatal y posparto:**

Si está embarazada, llame a Humana al 1-800-322-2758, extensión 1500290, para obtener más información e inscribirse en el programa. Humana le recompensará con una tarjeta de regalo por completar hitos dentro del programa. (Solo (1) recompensa por hito completado, por embarazo, por afiliado inscrito)

- **Programa para dejar de fumar:**

Si tiene 18 años o más, llame a Beacon Health Options al 1-800-221-5487 para obtener más información e inscribirse en el programa.

Humana le recompensará con una tarjeta de regalo por completar cada hito dentro del programa. (Solo (1) recompensa por hito completado, por afiliado inscrito, por año)

- **Programa de farmacodependencia:**

Si tiene 18 años o más, llame a Beacon Health Options al 1-800-221-5487 para obtener más información e inscribirse en el programa. Humana le recompensará con una tarjeta de regalo por completar cada hito dentro del programa. (Solo (1) recompensa por hito completado, por afiliado inscrito, por año)

- **Programa para el acondicionamiento físico familiar de Humana:**

Si tiene 18 años o más, llame a Humana al 1-855-330-8053 para obtener más información e inscribirse en el programa. Humana le recompensará por completar cada hito dentro del programa. (Solo (1) recompensa por hito completado, por afiliado inscrito, de por vida)

Los incentivos y las recompensas no pueden utilizarse para juegos de azar, alcohol, tabaco o medicamentos (excepto para medicamentos de venta sin receta). Todos los programas, incluidos los incentivos y las recompensas, están disponibles para todos los afiliados que cumplen con los requisitos de cada programa. Los incentivos y las recompensas no se utilizan para indicarle que seleccione a un

proveedor determinado. La cantidad de dinero máxima para incentivos y recompensas no incluye dinero gastado en transporte, cuidado de niños proporcionado durante la entrega de servicios; o servicios de programas de comportamiento saludable.

Es posible que deba esperar de 90 a 180 días o más para recibir los incentivos y las recompensas. Los incentivos y las recompensas no son transferibles a otros Planes de cuidado administrado o a otros programas. Los afiliados perderán el acceso a las recompensas y los incentivos ganados si se desafían voluntariamente del Plan Humana Medical o si pierden la elegibilidad para Medicaid por más de ciento ochenta (180) días.

Planificación familiar

Su médico puede brindarle servicios de planificación familiar. Esto le permite a su médico coordinar sus necesidades en cuanto al cuidado de la salud. También puede elegir cualquier médico de Medicaid participante para los servicios de planificación familiar. No se requiere aprobación previa. Para obtener más información, llame a Servicio al cliente de Humana Medical Plan al 1-800-477-6931 (TTY: 711).

Referidos y autorización previa

Los servicios que se indican a continuación están disponibles sin que sea referido por su PCP. Esto significa que no es necesario que su proveedor de cuidado primario apruebe estos servicios para usted. Consulte la sección Resumen de beneficios de este manual para obtener más información.

- Podología (servicios para los pies)
- Dermatología (trastornos de la piel)
- Servicios de obstetricia/ginecología
- Mamografías de cualquier proveedor de Humana Medical Plan
- Quiropráctico
- Anteojos y examen de la vista anual
- Servicios de planificación familiar proporcionados por cualquier proveedor de Medicaid participante
- Exámenes auditivos de rutina
- Servicios dentales preventivos y de rutina

Cómo obtener la aprobación/autorización de los servicios

Ciertos servicios requieren que sea referido por su PCP y la autorización previa del Plan de cuidado de la salud coordinado para que usted pueda recibirlos. Consulte la sección de resumen de beneficios para ver una lista de algunos beneficios que podrían exigir aprobación o autorización previa o pregunte a su PCP. Puede llamar a Servicio al cliente al número que figura en la parte delantera de su tarjeta de identificación. Su proveedor de cuidado primario solicitará esta aprobación y programará estos servicios para usted. Si no obtiene la aprobación de su PCP, es posible que deba pagar los servicios o el cuidado de la salud.

Servicios para afiliados menores de 21 años

Humana Medical Plan debe proporcionar todos los servicios necesarios por razones médicas para sus afiliados menores de 21 años. Esto es ley. Esto es cierto incluso si Humana Medical Plan no cubre un servicio, o el servicio tiene un límite. Siempre y cuando los servicios de su hijo sean necesarios por razones médicas, los servicios:

- No tienen límites en dólares; o
- No tienen límites de tiempo, como límites horarios o diarios.

Su proveedor puede tener que solicitar la aprobación de Humana Medical Plan antes de proveerle el servicio a su hijo. Llame al 1-800-477-6931 si desea saber cómo solicitar estos servicios.

Afiliados a MediKids

Afiliados a MediKids - Visite http://ahca.myflorida.com/medicaid/Policy_y_Quality/Policy/program_policy/FLKidCare para obtener información adicional de la cobertura.

Servicios de salud mental

Para solicitar servicios para la salud mental, comuníquese con el proveedor de cuidado de la salud mental en su área. Le darán una lista completa de los problemas del comportamiento más comunes. También pueden hablar con usted sobre cómo reconocer algunos signos de un problema de salud del comportamiento, como:

- Poco o ningún interés en hacer cosas
- Sentirse triste, deprimido o desesperado
- Sentirse mal acerca de sí mismo
- Un cambio en los hábitos de alimentación o sueño
- Irritarse o enojarse con facilidad
- Consumo de drogas o alcohol
- Sensación de ansiedad o pánico

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

Condados de Escambia, Santa Rosa, Okaloosa y Walton deben llamar a Access al 1-866-477-6725.

- **Proveedor de salud mental**

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

- No es necesario que sea referido por su proveedor de cuidado primario para obtener servicios para la salud del comportamiento. Si desea cambiar de proveedor de salud mental, comuníquese con el proveedor de cuidado de la salud mental en su área.
- Su proveedor de salud mental hará todos los arreglos y obtendrá todas las aprobaciones y lo referirá a especialistas y hospitales de salud mental.
- Para obtener una lista de proveedores en su área, consulte el Manual para los afiliados de Medicaid del Plan de cuidado de la salud coordinado y el Directorio de proveedores.
- Si no está satisfecho con su actual proveedor de salud mental del Plan de cuidado de la salud coordinado, puede elegir a otro proveedor que forme parte 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 farmacodependencia
- Servicios para la salud del comportamiento en niños
- Servicios de tratamiento diurno

Para obtener más información sobre los servicios para la salud del comportamiento, llame al proveedor de cuidado de la 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 cuidado de la salud coordinado cuenta con muchos proveedores de servicios de cuidado de la salud mental en su área para proveerle el cuidado que necesita. En la mayoría de las áreas, usted se encuentra a menos de 30 minutos de hospitales y proveedores de servicios de cuidado de la salud mental, y a menos de 110 minutos de especialistas.

- Puede obtener cuidado que se necesita con urgencia en menos de 24 horas.
- El cuidado que se necesita con urgencia se refiere a aquel que recibe cuando usted está muy enfermo, pero su vida no corre peligro.
- Puede obtener una consulta de cuidado para el bienestar en menos de cuatro semanas después de comunicarse con su proveedor de salud mental.
- Puede obtener cuidado rutinario en menos de una semana después de comunicarse con su proveedor de salud mental.

- **Cuidado de la salud mental en casos de emergencia dentro del área de servicio**

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

Las afecciones 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

- **Cuidado de la salud mental en casos de emergencia fuera del área de servicio**

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

Los afiliados en los condados de Miami-Dade, Monroe, Broward, Palm Beach, Indian River, Martin, Okeechobee, St. Lucie, Hardee, Highlands, Hillsborough, Manatee y Polk pueden llamar a la Línea directa de crisis de Beacon Health Options, las 24 horas del día, al 1-800-221-5487.

Los afiliados de los condados de Escambia, Okaloosa, Santa Rosa y Walton pueden llamar a la Línea directa de crisis de la salud del comportamiento Access, las 24 horas al día, al 1-866-477-6725.

- **Cuidado de la salud mental que no es de emergencia fuera de la red y fuera del área de servicio**

El Plan de cuidado de la salud coordinado no es responsable de los servicios de cuidado de la salud mental que no son de emergencia proporcionados por un proveedor fuera de la red, a menos que el Plan de cuidado de la salud coordinado apruebe dichos servicios.

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

Servicios sustitutos

Usted puede reunir los requisitos para servicios que no están cubiertos en virtud del plan estatal pero que se determina que son necesarios por razones médicas; estos servicios se llaman servicios sustitutos. Si tiene preguntas sobre un servicio que no está cubierto en virtud del plan estatal, llame a Servicio al cliente al 1-800-477-6931 (TTY: 711).

SECCIÓN 5: Personas que tienen Medicare y Medicaid

Las personas que reúnen los requisitos para Medicare y Medicaid tienen “elegibilidad doble”. Si ese es su caso, la mayoría de sus servicios de cuidado de la salud están cubiertos por Medicare. Puede recibir cobertura de Medicare a través de Medicare original o de un plan de Medicare Advantage (como un HMO o PPO).

Si es elegible para Medicare y los beneficios completos de Medicaid, usted tiene Elegibilidad doble con beneficios completos. De ser así, tiene Elegibilidad doble con beneficios completos para los servicios de Medicaid que no están cubiertos por Medicare, como salud del comportamiento, cuidado dental y cuidado a largo plazo. Los beneficiarios con Elegibilidad doble con beneficios completos deben inscribirse en un plan de Asistencia Médica Administrada como Humana Medical Plan.

Si tiene Elegibilidad doble con beneficios completos, usará Humana Medical Plan de forma ligeramente diferente. A continuación, se indican las formas en que su plan será diferente:

- Seguirá utilizando su PCP de Medicare, incluso si ese proveedor no está en la red de Humana Medical Plan. Si no tiene un PCP, Humana Medical Plan puede ayudarle a elegir uno.
- Seguirá recibiendo la mayoría de sus servicios de Medicare. Los servicios que no están cubiertos por su plan de Medicare, como la salud del comportamiento y los servicios dentales, estarán cubiertos por Humana Medical Plan.
- Seguirá las reglas de Medicare para los servicios de Medicare. No es necesario que siga las reglas de Humana Medical Plan para esos servicios.
- Debe seguir las reglas de Humana Medical Plan para los servicios que no están cubiertos por Medicare pero que están cubiertos por nuestro plan.
- Puede que no tenga un PCP en su tarjeta de identificación de Humana Medical Plan.
- Puede usar proveedores de su red de Medicare para sus servicios de Medicare.
- En el consultorio médico, tendrá que entregar sus tarjetas de identificación de Medicare, Humana Medical Plan y Medicaid cuando visite al médico.

Esto es lo que no cambiará:

- Humana Medical Plan solo cubre los servicios resumidos en este manual. No reunirá los requisitos para ninguno de estos servicios de Humana Medical Plan si los recibe de Medicare.
- Igualmente tendrá acceso a todos los magníficos programas de Humana Medical Plan como coordinación de casos o comportamientos saludables.
- Humana Medical Plan seguirá aquí para ayudarle cuando lo necesite.
- No debería recibir ninguna factura por servicios que están normalmente cubiertos por Humana Medical Plan.

Si tiene alguna pregunta, llámenos al 1-800-477-6931.

SECCIÓN 6 – Resumen de beneficios

El pago de los siguientes servicios está cubierto por Humana Medical Plan cuando es necesario para su salud. No hay costos compartidos para los afiliados.

Beneficios	Usted paga*	Información adicional
Servicios hospitalarios o para la salud del comportamiento para pacientes internados	\$0	Es posible que requiera autorización previa o un referido. Su PCP o los representantes de Servicio al cliente pueden brindarle más detalles.
Pacientes ambulatorios/cirugía	\$0	Es posible que requiera autorización previa o un referido. Su PCP o los representantes de Servicio al cliente pueden brindarle más detalles. Consulte “Servicios hospitalarios para pacientes internados”.
Laboratorio/radiografías	\$0	Es posible que requiera autorización previa o un referido. Su PCP o los representantes de Servicio al cliente pueden brindarle más detalles.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (que no sean de emergencia)	\$0	No hay límite monetario en los servicios para pacientes ambulatorios. Sujeto a necesidad médica. Es posible que requiera autorización previa o un referido.
Terapia para pacientes ambulatorios (física/respiratoria/del habla/ocupacional)	\$0	Es posible que requiera autorización previa o un referido. Su PCP o los representantes de Servicio al cliente pueden brindarle más detalles.
Sala de emergencias	\$0	
Cirugía ambulatoria	\$0	Es posible que requiera autorización previa o un referido. Su PCP o los representantes de Servicio al cliente pueden brindarle más detalles.
Servicios de diálisis	\$0	Es posible que requiera autorización previa o un referido. Su PCP o los representantes de Servicio al cliente pueden brindarle más detalles.
Servicios de quimioterapia	\$0	Es posible que requiera autorización previa o un referido. Su PCP o los representantes de Servicio al cliente pueden brindarle más detalles.
Proveedor de cuidado primario/miembro registrado y especializado del personal de enfermería/asistente médico	\$0	

Beneficios	Usted paga*	Información adicional
Médico especialista	\$0	Es posible que requiera autorización previa o un referido. Su PCP 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 requiera autorización previa. Su PCP o los representantes de Servicio al cliente pueden brindarle más detalles.
Servicios de planificación familiar/maternidad	\$0	Es posible que requiera autorización previa. Su PCP o los representantes de Servicio al cliente pueden brindarle más detalles.
Servicios del centro de parto y de partera titulada	\$0	Es posible que requiera autorización previa o un referido. Su PCP o los representantes de Servicio al cliente pueden brindarle más detalles.
Hospicio	\$0	
Servicios de cuidado de la salud en el hogar	\$0	Es posible que requiera autorización previa o un referido. Su PCP o los representantes de Servicio al cliente pueden brindarle más detalles. Consulte “Servicios de cuidado de la salud en el hogar” en la página 80.
Cuidado de enfermería	\$0	
Servicios de cuidados asistenciales	\$0	Consulte “Servicios de cuidados asistenciales” en la página 78.
Quiropráctico	\$0	Es posible que requiera autorización previa. Su PCP o los representantes de Servicio al cliente pueden brindarle más detalles.
Podólogo	\$0	Es posible que requiera autorización previa. Su PCP o los representantes de Servicio al cliente pueden brindarle más detalles.
Servicios dentales	\$0	Consulte “Servicios dentales” en la página 79.
Servicios para la vista	\$0	Consulte “Servicios para la vista” en la página 79.
Servicios para la audición	\$0	Consulte “Servicios para la audición” en la página 79.
Servicios para la salud del comportamiento para pacientes ambulatorios	\$0	Es posible que requiera autorización previa o un referido. Su PCP o los representantes de Servicio al cliente pueden brindarle más detalles.

Beneficios	Usted paga*	Información adicional
Servicios de farmacia para pacientes ambulatorios	\$0	Es posible que se requiera autorización previa para los medicamentos recibidos en un consultorio médico. Es posible que los medicamentos que se obtienen en la farmacia estén sujetos a requisitos de terapia por fases, autorización previa o límites de cantidad.
Transporte sin carácter de emergencia	\$0	Es posible que requiera autorización previa o un referido. Su PCP o los representantes de Servicio al cliente pueden brindarle más detalles.
Ambulancia	\$0	Es posible que requiera autorización previa o un referido. Su PCP o los representantes de Servicio al cliente pueden brindarle más detalles.
Equipo médico duradero	\$0	Es posible que requiera autorización previa o un referido. Su PCP o los representantes de Servicio al cliente pueden brindarle más detalles.

Información adicional de beneficios

Servicios hospitalarios para pacientes internados:

Para afiliados de menos de 20 años de edad:

Salud física y del comportamiento

- El plan proveerá hasta 365 días de cuidado relacionado con la salud como paciente internado, incluida la 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 necesarios por razones médicas 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 cuidado relacionado con la salud como paciente internado, incluida la 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 necesarios por razones médicas y los servicios relacionados.
- Es posible que se apliquen requisitos de autorización previa y otros límites.

Para afiliados y afiliadas no embarazadas de 21 años en adelante:

Salud física y del comportamiento

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

Servicios de trasplante

- El plan cubrirá los trasplantes necesarios por razones médicas y los servicios relacionados.
- Es posible que se apliquen requisitos de autorización previa y otros límites.

Servicios de cuidados asistenciales:

Es posible que sea elegible para los servicios de cuidados asistenciales si reside en un centro de residencia asistida, un centro de residencia de tratamiento de salud mental o un hogar de cuidados familiares para adultos.

Los servicios de cuidados asistenciales se ofrecen a las personas que manifiestan limitaciones funcionales y en base a una necesidad, que debe confirmarse con una evaluación y debe brindarse de conformidad con un plan de servicios individual para cada residente desarrollado a partir de una evaluación anual.

Los servicios de cuidados asistenciales son similares a los servicios que se suelen brindar en los centros de cuidado residencial a los residentes que requieren un conjunto de servicios integrados durante 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 que sea referido.

Cuidado de enfermería

Servicios de enfermería y cuidado personal necesarios por razones médicas en el hogar y por turnos suministrados por una enfermera registrada (RN, por sus siglas en inglés), un auxiliar de enfermería (LPN, por sus siglas en inglés) o una asistente de enfermera registrada bajo la dirección de una agencia de cuidado de la salud en el hogar acreditada.

Servicios para la vista

Tiene cobertura de servicios necesarios por razones médicas incluidos examen, diagnóstico, tratamiento y manejo de enfermedades oculares, exámenes de la visión para anteojos y servicios y suministros necesarios por razones médicas como anteojos, prótesis oculares y lentes de contacto; ajuste y despacho de anteojos y servicios de reparación de anteojos. Para los afiliados de menos de 21 años, el plan cubre: anteojos ilimitados.

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

- Un (1) par de anteojos cada dos (2) años;
- Un (1) juego de monturas por año; el afiliado paga cualquier costo por encima de los cincuenta dólares (\$50) por los lentes de contacto especializados, y un veinte por ciento (20%) de descuento sobre cualquier costo adicional.
- Podría requerir autorización previa.

Comuníquese con Servicio al cliente al 1-800-477-6931 (TTY: 711) para obtener una lista de otros servicios para la vista cubiertos o de proveedores de servicios para la vista de Humana Medical Plan.

Servicios para la audición

Tiene cobertura de pruebas de audición y diagnóstico necesarias por razones médicas.

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

También están cubiertos los servicios de implante coclear necesarios por razones médicas, 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 audífonos al año por cada audífono nuevo
- Una (1) reparación de audífonos de fábrica cada 3 años

Comuníquese con HearUSA al 1-877-664-9353 para localizar al proveedor de servicios para la audición de Humana Medical Plan más cercano.

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*
- Un (1) tratamiento de restauración cada tres (3) años o cada cinco (5) años*

*Es posible que se requiera autorización previa

Llame a DentaQuest al 1-844-231-8316 (TTY: 711) para conocer más sobre los servicios dentales y sobre cómo elegir un dentista.

Circuncisión del recién nacido

El bebé varón recién nacido tiene cobertura hasta las 12 semanas de vida. Para obtener más información, llame a Humana Medical Plan al 1-800-477-6931 (TTY: 711).

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 cuidado para afecciones agudas a largo plazo o centro de rehabilitación como paciente internado. Limitaciones: Se requiere la aprobación del administrador de casos de Humana. Limitado a una vez por año de beneficio. Llame a Humana Medical Plan 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 autorización previa. Llame a Humana Medical Plan al 1-800-477-6931 para obtener más información sobre este beneficio.

Vacunas

Tiene cubiertas las vacunas contra la neumonía, influenza (gripe) y herpes zóster. Hable con su PCP para obtener más información acerca de este beneficio.

Asesoramiento en nutrición

Sesiones de asesoramiento en nutrición necesarias por razones médicas a través de proveedores participantes. Límite de seis sesiones por año. Es posible que se requiera que sea referido por un PCP y una autorización previa.

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 necesario por razones médicas 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 Medical Plan al 1-800-477-6931 (TTY: 711) para obtener más información sobre este beneficio.

Servicios de cuidado de la salud en el hogar

Tiene cubiertas visitas de cuidado de la salud en el hogar ilimitadas. Incluye cuidado de enfermería especializada intermitente necesario por razones médicas, servicios de asistencia de cuidado de la salud en el hogar y servicios de rehabilitación. Podría requerirse autorización previa y referido.

Servicios para el SIDA

En el caso de los afiliados diagnosticados con SIDA que hayan tenido antecedentes de infección oportunista relacionada con el SIDA, podrán cubrirse equipos y suministros médicos especializados y servicios de terapia de masaje necesarios por razones médicas. Es posible que se requiera un referido del PCP y autorización previa.

Servicios no cubiertos

Para obtener información sobre cómo y dónde acceder a los beneficios del plan estatal de Medicaid no cubiertos en virtud de Humana Medical Plan, contacte con la oficina de Medicaid de su área o con el Centro de Recursos para Discapacitados y Ancianos. Consulte la lista de números de teléfonos importantes en la página 46 de este manual.

La discriminación es contra la ley

Humana Inc. y sus subsidiarias cumplen con todas las leyes aplicables de derechos civiles federales y no discriminan por motivos de raza, color de la piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo. Humana Inc. y sus subsidiarias no excluyen a nadie ni tratan a las personas de manera diferente por motivos de raza, color de la piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo.

Humana Inc. y sus subsidiarias proporcionan:

- Proveen ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse de manera eficaz con nosotros, tales como:
 - Intérpretes de lenguaje de signos acreditados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proveen servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés como, por ejemplo:
 - Intérpretes acreditados
 - Información por escrito en otros idiomas

Si necesita estos servicios, contacte con Servicio al cliente al 1-800-477-6931 [TTY 711].

Si usted cree que **Humana Inc.** o sus subsidiarias han fallado en proveer estos servicios o le han discriminado de otra forma por motivos de raza, color de la piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante:

Discrimination Grievances

P.O. Box 14618

Lexington, KY 40512 - 4618

Llame al 1-800-477-6931. Si utiliza un dispositivo TTY, llame al 711.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos**, Oficina de Derechos Civiles, de manera electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

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

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Multi-Language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-477-6931 (TTY : 711) .

Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-477-6931 (TTY : 711).

Kreyòl Ayisyen (French Creole): ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-477-6931 (TTY : 711).

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-477-6931 (TTY : 711).

Português (Portuguese): ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-477-6931 (TTY : 711).

繁體中文 (Chinese): 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-477-6931 (TTY : 711)。

Français (French): ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-477-6931(ATS : 711).

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-477-6931(TTY : 711).

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-477-6931(телетайп: 711).

العربية (Arabic):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-477-6931 (رقم هاتف الصم والبك: 711).

Italiano (Italian): ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-477-6931(TTY: 711).

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-477-6931(TTY: 711).

한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-477-6931(TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Polski (Polish): UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-477-6931(TTY: 711).

ગુજરાતી (Gujarati): સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-477-6931 (TTY: 711).

ภาษาไทย (Thai): เรียงน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรีโทร 1-800-477-6931 (TTY: 711).

Diné Bizaad (Navajo): Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánílti'go **Diné Bizaad**, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódíílnih 1-800-477-6931(TTY: 711).

