

2017 Notificación anual de cambios

Humana Gold Plus Integrated
(Plan Medicare-Medicaid),
un Plan del Commonwealth
Coordinated Care
Condados seleccionados en Virginia

Humana[®]



Contenido

A.	Piense en su cobertura de Medicare y Medicaid para el año próximo.....	4
B.	Cambios en los proveedores y las farmacias de la red.....	6
C.	Cambios en los beneficios y costos para el año próximo.....	7
	Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	7
	Cambios en la cobertura para medicamentos recetados.....	8
	Paso 1: “Etapa de cobertura inicial”.....	9
	Paso 2: “Etapa de cobertura catastrófica”.....	10
D.	Cómo decidir qué plan elegir.....	10
	Si desea permanecer en Humana Gold Plus Integrated.....	10
	Si quiere cambiarse de plan.....	10
E.	Cómo obtener ayuda.....	12
	Cómo obtener ayuda de Humana Gold Plus Integrated.....	12
	Cómo obtener ayuda del agente de inscripción del estado.....	12
	Cómo obtener ayuda del Mediador del Commonwealth Coordinated Care.....	12
	Cómo obtener ayuda del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés).....	12
	Cómo obtener ayuda de Medicare.....	12
	Cómo obtener ayuda de Medicaid.....	13



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care (Plan Medicare-Medicaid) ofrecido por Humana Health Plan, Inc.

Notificación anual de cambios para 2017

Actualmente usted está inscrito al plan Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care. El año próximo, habrá algunos cambios en los beneficios, la cobertura, las reglas y los costos del plan. Esta Notificación anual de cambios le informa acerca de tales cambios.

A. Piense en su cobertura de Medicare y Medicaid para el año próximo

Es importante revisar su cobertura ahora para asegurarse de que satisfará sus necesidades el año próximo. Si no satisface sus necesidades, puede abandonar el plan en cualquier momento.

Si abandona nuestro plan, aún participará en los programas de Medicare y Medicaid.

- Usted puede decidir cómo obtener sus beneficios de Medicare (consulte la página 10 para ver sus opciones).
- Usted recibirá los beneficios de Medicaid a través de cualquier proveedor de Medicaid (esto se denomina “cargo por servicio”).

Recursos adicionales

- Usted puede obtener esta información gratis en otros idiomas. Llame al 1-855-280-4002 (TTY: 711). La llamada es gratuita. Estamos a su disposición de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora oficial del este. Sin embargo, tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder a su llamada fuera del horario de atención, durante los fines de semana y feriados. Por favor, deje su nombre y número de teléfono y le volveremos a llamar antes del final del próximo día laborable. Visite espanol.humana.com para acceder las 24 horas a información tal como el historial de reclamaciones, la elegibilidad y la lista de medicamentos de Humana. Ahí también puede utilizar la herramienta de búsqueda de proveedores Physician Finder y obtener noticias e información de salud.
- You can get this information for free in other languages. Call 1-855-280-4002 (TTY: 711). We're available Monday - Friday, from 8 a.m. - 8 p.m. Eastern time. However, please note that our automated phone system may answer your call after hours, during weekends, and holidays. Please leave your name and telephone number, and we'll call you back by the end of the next business day. Visit Humana.com for 24 hour access to information like claims history, eligibility, and Humana's drug list. There you can also use the physician finder and get health news and information. The call is free.
- Puede obtener esta Notificación anual de cambios gratis en otros formatos, como Braille o letra de imprenta grande o en audio. Llámenos al 1-855-280-4002 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita.
- Puede hacer un pedido permanente para recibir los materiales, ahora y en el futuro, en otro idioma que no sea inglés o en un formato alternativo llamando a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Acerca de Humana Gold Plus Integrated

- Humana Gold Plus Integrated H3480-001 (Plan Medicare-Medicaid) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y con el Departamento de servicios de asistencia médica (Medicaid) de Virginia para proveer beneficios de ambos programas a los afiliados.
- La cobertura conforme a Humana Gold Plus Integrated califica como cobertura esencial mínima (MEC, por sus siglas en inglés). Esta cumple con el requisito de la responsabilidad individual compartida según la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) en www.irs.gov/uac/Questions-and-Answers-on-the-Individual-Shared-Responsibility-Provision para obtener más información sobre el requisito de la responsabilidad individual compartida para MEC.
- El plan Humana Gold Plus Integrated es ofrecido por Humana Health Plan, Inc. Cuando en la *Notificación anual de cambios* dice “nosotros” o “nuestro” significa Humana Health Plan, Inc. Cuando dice, “el plan” o “nuestro plan” significa Humana Gold Plus Integrated.

Descargos de responsabilidad

Es posible que se apliquen limitaciones, copagos y restricciones. Para más información, llame a Atención al cliente de Humana Gold Plus Integrated o consulte el Manual para los afiliados de Humana Gold Plus Integrated. Esto significa que quizá deba pagar por algunos servicios y que debe respetar ciertas normas para que Humana Gold Plus Integrated pague por los servicios.

La Lista de medicamentos cubiertos y/o la red de farmacias y proveedores pueden cambiar durante el año. Le enviaremos una notificación antes de efectuar un cambio que le afecte.

Los beneficios y/o los copagos pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

Los copagos para medicamentos recetados pueden variar en función del nivel de Ayuda adicional que reciba. Contacte con el plan para obtener más detalles.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Cosas importantes que debe hacer:

- Compruebe si hay algún cambio en nuestros beneficios y costos que podría afectarle.** ¿Hay cambios que afecten los servicios que usted usa? Es importante revisar los cambios en los beneficios y costos para asegurarse de que le servirán el año próximo. Consulte la sección C, página 7 para obtener más información sobre los cambios en beneficios y costos de nuestro plan.
- Compruebe si hay algún cambio en su cobertura para medicamentos recetados que podría afectarle.** ¿Estarán cubiertos sus medicamentos? ¿Estarán en un nivel de costos compartidos diferente? ¿Puede continuar usando las mismas farmacias? Es importante revisar los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura para medicamentos le servirá el año próximo. Consulte la sección C, página 8 para más información sobre cambios en nuestra cobertura para medicamentos.
- Consulte para ver si los proveedores y las farmacias estarán en nuestra red el año próximo.** ¿Están sus médicos en nuestra red? ¿Qué hay de su farmacia? ¿Y los hospitales y otros proveedores que usted usa? Consulte la sección B, página 6 para obtener información sobre nuestro *Directorio de proveedores y de farmacias*.
- Piense en los costos generales del plan.** ¿Cuál será la cantidad de desembolso personal por los servicios y medicamentos recetados que usa en forma regular? ¿Cómo se comparan los costos totales con otras opciones de cobertura?
- Piense si está feliz con nuestro plan.**

Si decide permanecer en Humana Gold Plus Integrated:

Si desea permanecer con nosotros el año próximo, es fácil. Usted no tiene que hacer nada. Si no hace ningún cambio, quedará inscrito automáticamente en nuestro plan.

Si decide cambiarse de plan:

Si decide que otra cobertura satisfará mejor sus necesidades, puede cambiarse de plan en cualquier momento. Si se inscribe en un nuevo plan, su cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente. Consulte la Sección D, página 10 para obtener más información sobre sus opciones.

B. Cambios en los proveedores y las farmacias de la red

Nuestras redes de proveedores y de farmacias cambiaron para 2017.

Le sugerimos encarecidamente que revise nuestro Directorio de proveedores y de farmacias actual para ver si sus proveedores o farmacias todavía están dentro de nuestra red. El *Directorio de proveedores y de farmacias* actualizado se encuentra en nuestro sitio web en espanol.humana.com. Puede llamar a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores y de farmacias*.

Es importante que sepa que es posible que también hagamos cambios a nuestra red durante el año. Si su proveedor deja el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones. Para más información, consulte el Capítulo 3 de su Manual para los afiliados.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

C. Cambios en los beneficios y costos para el año próximo

Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Estamos cambiando nuestra cobertura de determinados servicios médicos y lo que usted paga por esos servicios médicos cubiertos el año próximo. La tabla a continuación describe estos cambios.

	2016 (este año)	2017 (año próximo)
Servicios dentales	<p>Los beneficios dentales están cubiertos. Los servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 evaluación oral integral por año • 1 limpieza por año • 1 radiografía de mordida por año • 1 empaste de amalgama por año • 1 empaste de composite por año 	<p>Los beneficios dentales están cubiertos. Los servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 evaluación oral integral por año • 1 limpieza por año • 1 radiografía de mordida por año • 1 empaste por año (de amalgama o composite) • Cobertura de 1 rayos X panorámico cada tres años
Programas de educación para la salud y el bienestar	<p>Humana Active Outlook está cubierto.</p> <p>Humana Active Outlook (HAO) es un programa para enriquecer el estilo de vida con excelentes características como las publicaciones HAO y otros materiales educativos para la salud y el bienestar.</p>	<p>Humana Active Outlook no está cubierto.</p> <p>El plan ahora ofrece:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Herramientas y materiales educativos de salud en línea e impresos • Asesoramiento nutricional • Programas de manejo de enfermedades
Medicamentos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) que no pertenecen a Medicaid	<p>Los productos de venta sin receta están cubiertos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Subsidio máximo de hasta \$35 por mes para ciertos artículos de venta sin receta no cubiertos por Medicaid. 	<p>Los productos de venta sin receta están cubiertos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Subsidio máximo de hasta \$25 por mes para ciertos artículos de venta sin receta no cubiertos por Medicaid.
Servicios de podología	<p>Los servicios de podología están cubiertos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cobertura de 12 consultas adicionales por año. 	<p>Los servicios de podología están cubiertos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cobertura de 6 consultas adicionales por año.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

	2016 (este año)	2017 (año próximo)
Dejar de fumar	<p>Los productos para dejar de fumar con QuitNet Comprehensive están cubiertos.</p> <p>Los servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento telefónico o basado en la Web • QuitNet, QuitGuide y el apoyo por correo electrónico QuitTips • Terapia de reemplazo de nicotina de venta sin receta, que incluye parches, gomas de mascar y pastillas 	<p>Los productos para dejar de fumar con QuitNet Comprehensive no están cubiertos.</p> <p>Los servicios ahora incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 intento para dejar de fumar adicional con asesoramiento por año como servicio preventivo. Cada intento con asesoramiento incluye hasta 4 consultas personales. • Además usted es elegible para recibir productos de la terapia de reemplazo de nicotina (goma de mascar, pastillas y parches) a través de su beneficio de medicamentos de venta sin receta.
Servicios globales en casos de emergencia	Los servicios globales en casos de emergencia están cubiertos.	Los servicios globales en casos de emergencia no están cubiertos.

Cambios en la cobertura para medicamentos recetados

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Le enviamos una copia de nuestra *Lista de medicamentos cubiertos 2017* en este sobre. La *Lista de medicamentos cubiertos* también se llama “Lista de medicamentos”.

Hicimos cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos.

Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el año próximo y para ver si se aplicarán restricciones.

Si se ve afectado por un cambio en nuestra cobertura para medicamentos, le animamos a que:

- **Trabaje con su médico (u otro profesional que recete) para encontrar un medicamento diferente** que sí cubramos. Puede llamar a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría ser efectivo para usted.
- **Trabaje con su médico (u otro profesional que recete) y pida al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. Usted puede solicitar una excepción antes del año próximo y le proveeremos una respuesta dentro de las 72 horas después de recibir su solicitud (o la declaración de respaldo del profesional que receta). Para obtener información acerca de lo que debe hacer para pedir una excepción, consulte el Capítulo 9 del *Manual para los afiliados 2017*, sección 6.3, página 146 o llame a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página. Si necesita ayuda para solicitar una excepción, contacte a Atención al cliente o a su coordinador de cuidado médico.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

Si anteriormente le otorgaron una excepción que está por vencer, debe contactarnos antes de la fecha de vencimiento para obtener una nueva autorización. La fecha de vencimiento aparece en la carta de aprobación original. Puede llamar a Revisión de farmacia clínica de Humana al 1-800-555-2546 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este.

Cambios en los costos de medicamentos recetados

Hay dos etapas de pago para su cobertura para medicamentos recetados de la Parte D de Medicare en el Plan Humana Gold Plus Integrated. La cantidad que usted paga depende de la etapa en la que se encuentre cuando surta un medicamento recetado o tenga una repetición de la receta. Estas son las dos etapas:

Paso 1: Etapa de cobertura inicial	Paso 2: Etapa de cobertura catastrófica
<p>Durante esta etapa, el plan paga parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte. Su parte del costo se denomina copago.</p> <p>Usted comienza esta etapa cuando surte el primer medicamento recetado del año.</p>	<p>Durante esta etapa, el plan paga todos los costos de los medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2017.</p> <p>Usted comienza esta etapa cuando haya pagado determinada cantidad en concepto de costos de desembolso personal.</p>

Paso 1: “Etapa de cobertura inicial”

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga una parte del costo de los medicamentos recetados cubiertos y usted paga su parte. Su parte del costo se denomina copago. El copago depende del nivel de costos compartidos en el que se encuentre el medicamento y dónde lo compra. Usted pagará un copago cada vez que surta un medicamento recetado. Si el costo del medicamento cubierto es menor que el copago, usted pagará el costo inferior.

Trasladamos algunos medicamentos de la Lista de medicamentos a un nivel superior o inferior. Si sus medicamentos se trasladan de un nivel a otro, su copago podría modificarse. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.

El cuadro que aparece abajo muestra los costos de los medicamentos en cada uno de los 4 niveles de medicamentos. Estas cantidades se aplican solamente durante el período que se encuentre en la Etapa de cobertura inicial.

	2016 (este año)	2017 (año próximo)
<p>Medicamentos en el Nivel 1 (Medicamentos genéricos)</p> <p>Costo para el suministro de un mes de un medicamento que está en el Nivel 1 que se surte en una farmacia de la red</p>	<p>Su copago para un suministro de un mes (30 días) es de \$0 a \$2.95 por receta.</p>	<p>Su copago para un suministro de un mes (30 días) es de \$0 a \$3.30 por receta.</p>
<p>Medicamentos en el Nivel 2 (Medicamentos de marca)</p> <p>Costo para el suministro de un mes de un medicamento que está en el Nivel 2 que se surte en una farmacia de la red</p>	<p>Su copago para un suministro de un mes (30 días) es de \$0 a \$7.40 por receta.</p>	<p>Su copago para un suministro de un mes (30 días) es de \$0 a \$8.25 por receta.</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

<p>Medicamentos en el Nivel 3 (Medicamentos recetados que no pertenecen a Medicare) Costo para el suministro de un mes de un medicamento que está en el Nivel 3 que se surte en una farmacia de la red</p>	<p>Su copago para un suministro de un mes (30 días) es de \$0 por receta.</p>	<p>Su copago para un suministro de un mes (30 días) es de \$0 por receta.</p>
<p>Medicamentos en el Nivel 4 (Medicamentos de venta sin receta que no pertenecen a Medicare) Costo para el suministro de un mes de un medicamento que está en el Nivel 4 que se surte en una farmacia de la red</p>	<p>Su copago para un suministro de un mes (30 días) es de \$0 por receta.</p>	<p>Su copago para un suministro de un mes (30 días) es de \$0 por receta.</p>

La Etapa de cobertura inicial termina cuando sus costos de desembolso personal alcancen los \$4,950. En ese momento, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. El plan cubre todos los costos de medicamentos desde entonces hasta que termine el año.

Paso 2: “Etapa de cobertura catastrófica”

Cuando llegue al límite de desembolso personal por sus medicamentos recetados, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. Permanecerá en la Etapa de cobertura catastrófica hasta que finalice el año calendario.

D. Cómo decidir qué plan elegir

Si desea permanecer en Humana Gold Plus Integrated

Esperamos conservarlo como afiliado el año próximo.

No necesita hacer nada para permanecer en nuestro plan. Si no se afilia a un Plan Medicare-Medicaid diferente, si no cambia a un Plan Medicare Advantage o si no cambia a Medicare original, automáticamente seguirá inscrito en nuestro plan para 2017.

Si quiere cambiarse de plan

Usted puede terminar su afiliación en cualquier momento sin que se le cobre una multa. Si desea seguir obteniendo sus beneficios de Medicare y Medicaid en un único plan, puede afiliarse a otro Plan Medicare-Medicaid. Si no desea afiliarse a otro Plan Medicare-Medicaid luego de abandonar Humana Gold Plus Integrated, volverá a tener sus beneficios de Medicare y Medicaid por separado.

Las siguientes son las cuatro formas por las que, generalmente, las personas terminan su afiliación a nuestro plan:

<p>1. Puede cambiarse a: Otro Plan Medicare-Medicaid</p>	<p>Esto es lo que debe hacer: Inscríbese en el Plan Medicare-Medicaid nuevo llamando al agente de inscripción del estado al 1-855-889-5243, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 6 p.m., hora del este. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-817-6608. Se le desafiliará automáticamente de Humana Gold Plus Integrated cuando comience la cobertura del nuevo Plan Medicare-Medicaid.</p>
--	--



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

<p>2. Puede cambiarse a:</p> <p>Un plan de salud de Medicare (tal como un Plan Medicare Advantage)</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa de Asistencia en Asesoramiento de Seguros Médicos de Virginia (VICAP, por sus siglas en inglés) al 1-800-552-3402. <p>Se le desafiliará automáticamente de Humana Gold Plus Integrated cuando comience la cobertura del nuevo Plan Medicare Advantage. Obtendrá sus beneficios de Medicaid por separado mediante un cargo por servicio.</p>
<p>3. Puede cambiarse a:</p> <p>Medicare original con un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa de Asistencia en Asesoramiento de Seguros Médicos de Virginia (VICAP) al 1-800-552-3402. <p>Se le desafiliará automáticamente de Humana Gold Plus Integrated cuando comience la cobertura de Medicare original. Obtendrá sus beneficios de Medicaid por separado mediante un cargo por servicio.</p>
<p>4. Puede cambiarse a:</p> <p>Medicare original sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado</p> <p>NOTA: si se cambia a Medicare original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted le informe a Medicare que no desea hacerlo.</p> <p>Solo debería rechazar la cobertura para medicamentos recetados si la obtiene de un patrono, sindicato u otra fuente. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura para medicamentos, llame al Programa de Asistencia en Asesoramiento de Seguros Médicos de Virginia (VICAP) al 1-800-552-3402.</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa de Asistencia en Asesoramiento de Seguros Médicos de Virginia (VICAP) al 1-800-552-3402. <p>Se le desafiliará automáticamente de Humana Gold Plus Integrated cuando comience la cobertura de Medicare original. Obtendrá sus beneficios de Medicaid por separado mediante un cargo por servicio.</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

E. Cómo obtener ayuda

Cómo obtener ayuda de Humana Gold Plus Integrated

¿Tiene alguna pregunta? Estamos aquí para ayudar. Llame a Atención al cliente al 1-855-280-4002 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. No obstante, tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada fuera del horario normal de trabajo, los fines de semana y los días festivos. Por favor, deje su nombre y número de teléfono, y le devolveremos la llamada antes de finalizar el próximo día laborable. Visite espanol.humana.com donde tendrá acceso las 24 horas a información como la historia de reclamaciones, la elegibilidad y la lista de medicamentos de Humana. Allí, también puede utilizar la herramienta de búsqueda de proveedores “Physician Finder” y obtener noticias e información de salud. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Manual para los afiliados 2017*

El *Manual para los afiliados 2017* es una descripción detallada legal de los beneficios del plan. Tiene detalles sobre los beneficios del año próximo y los costos. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir los servicios cubiertos y los medicamentos recetados.

Hay una copia actualizada del *Manual para los afiliados 2017* siempre disponible en nuestro sitio web en espanol.humana.com. También puede llamar a Atención al cliente al 1-855-280-4002 (TTY: 711) para pedirnos que le enviemos un *Manual para los afiliados 2017*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en espanol.humana.com. Le recordamos que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores y farmacias (*Directorio de proveedores y de farmacias*) y nuestra Lista de medicamentos (*Lista de medicamentos cubiertos*).

Cómo obtener ayuda del agente de inscripción del estado

El agente de inscripción del estado puede ayudarle a inscribirse en un plan de salud, responder sus preguntas sobre beneficios y ayudarle con cualquier problema. Puede comunicarse con el agente de inscripción del estado llamando al 1-855-889-5243, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 6 p.m., hora del este. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-817-6608.

Cómo obtener ayuda del Mediador del Commonwealth Coordinated Care

El Mediador del Commonwealth Coordinated Care puede ayudarle si tiene problemas con Humana Gold Plus Integrated. El Mediador no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El número de teléfono del Mediador del Commonwealth Coordinated Care es el 1-800-552-5019 (TTY: 1-800-464-9950). Los servicios son gratuitos.

Cómo obtener ayuda del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP)

También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP). Los asesores del SHIP pueden ayudarle a entender sus opciones sobre un Plan Medicare-Medicaid y responder las preguntas que tenga acerca de un posible cambio de plan. El programa SHIP no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. En Virginia, el programa SHIP se llama el Programa de Asistencia y Asesoramiento de Seguro de Virginia (VICAP). El número del VICAP es 1-800-552-3402.

Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://es.medicare.gov>). Si decide desafiliarse del Plan Medicare-Medicaid e inscribirse en un Plan Medicare Advantage, el sitio web de Medicare contiene información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes Medicare Advantage.

Puede encontrar información sobre los planes Medicare Advantage disponibles en el área usando la herramienta “Medicare Plan Finder” (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web de Medicare. (Para ver información sobre los planes, visite <http://www.es.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y medicamentos)).

Lea Medicare y usted 2017

Puede leer el manual *Medicare y usted 2017*. Todos los años en otoño, se envía este folleto a las personas con Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes que se hacen sobre Medicare.

Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla del sitio web de Medicare en (<http://www.es.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Cómo obtener ayuda de Medicaid

Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, puede contactarse con el Departamento de Servicios de Asistencia Médica (DMAS, por sus siglas en inglés):

- Llame al 804-786-6145 de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-343-0634.
- Visite el sitio web de DMAS en <http://www.dmas.virginia.gov>.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

2017 Manual para los afiliados

Humana Gold Plus Integrated, un Plan del
Commonwealth Coordinated Care

Condados seleccionados en Virginia

Humana[®]



Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care Manual para los afiliados

Del 1 de enero de 2017 al 31 de diciembre de 2017

Su cobertura para medicamentos y de salud de Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care

Este manual le informa de su cobertura bajo Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, hasta el 31 de diciembre de 2017. Explica los servicios de salud, la cobertura de salud del comportamiento, la cobertura para medicamentos recetados y los servicios y apoyos a largo plazo. Los servicios y apoyos a largo plazo le ayudan a permanecer en su hogar en lugar de ir a un hospital o centro de enfermería. **Es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este Plan Humana Gold Plus Integrated es ofrecido por Humana Health Plan, Inc. Cuando en el *Manual para los afiliados* dice “nosotros” o “nuestro” significa Humana Health Plan, Inc. Cuando dice, “el plan” o “nuestro plan” significa Humana Gold Plus Integrated.

Puede obtener este manual en forma gratuita en otros idiomas. Llame al 1-855-280-4002 (TTY: 711). Estamos a su disposición de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora oficial del este. Sin embargo, tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder a su llamada fuera del horario de atención, durante los fines de semana y feriados. Por favor, deje su nombre y número de teléfono y le volveremos a llamar antes del final del próximo día laborable. Visite **espanol.humana.com** para acceder las 24 horas a información tal como el historial de reclamaciones, la elegibilidad y la lista de medicamentos de Humana. Ahí también puede utilizar la herramienta de búsqueda de proveedores Physician Finder y obtener noticias e información de salud.

You can get this handbook for free in other languages. Call 1-855-280-4002 (TTY: 711). We're available Monday - Friday, from 8 a.m. - 8 p.m. Eastern time. However, please note that our automated phone system may answer your call after hours, during weekends, and holidays. Please leave your name and telephone number, and we'll call you back by the end of the next business day. Visit **Humana.com** for 24 hour access to information like claims history, eligibility, and Humana's drug list. There you can also use the physician finder and get health news and information. The call is free.

Puede obtener este manual gratis en otros formatos, como Braille o letra de imprenta grande o en audio. Llame al 1-855-280-4002 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. No obstante, tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada fuera del horario normal de trabajo, los fines de semana y los días festivos. Por favor, deje su nombre y número de teléfono, y le devolveremos la llamada antes de finalizar el próximo día laborable. Visite **espanol.humana.com** donde tendrá acceso las 24 horas a información como la historia de reclamaciones, la elegibilidad y la lista de medicamentos de Humana. Allí, también puede utilizar la herramienta de búsqueda de proveedores “Physician Finder” y obtener noticias e información de salud. La llamada es gratuita.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **espanol.humana.com**.

Descargos de responsabilidad

El plan Humana Gold Plus Integrated H3480-001 (Plan Medicare-Medicaid) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y con el Departamento de Servicios de Asistencia Médica (Medicaid) de Virginia para ofrecer los beneficios de ambos programas a los afiliados.

Es posible que se apliquen limitaciones, copagos y restricciones. Para más información, llame a Atención al cliente de Humana Gold Plus Integrated o consulte el Manual para los afiliados de Humana Gold Plus Integrated. Esto significa que quizá deba pagar por algunos servicios y que debe respetar ciertas normas para que Humana Gold Plus Integrated pague por los servicios.

La Lista de medicamentos cubiertos y/o la red de farmacias y proveedores pueden cambiar durante el año. Le enviaremos una notificación antes de efectuar un cambio que le afecte.

Los beneficios y/o los copagos pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

Los copagos para medicamentos recetados pueden variar en función del nivel de Ayuda adicional que reciba. Contacte con el plan para obtener más detalles.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

Contenido

Capítulo 1: Cómo comenzar como afiliado.	4
Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes	12
Capítulo 3: Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios de cuidado de la salud y otros servicios cubiertos.	24
Capítulo 4: Cuadro de beneficios.	41
Capítulo 5: Cómo obtener medicamentos recetados para pacientes ambulatorios mediante el plan	82
Capítulo 6: Lo que usted paga por los medicamentos recetados de Medicare y Medicaid.	96
Capítulo 7: Cómo solicitar que paguemos nuestra parte de la factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos.	104
Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades	108
Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).	124
Capítulo 10: Cómo finalizar su afiliación a nuestro Plan Medicare-Medicaid	168
Capítulo 11: Avisos legales.	174
Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes.	176



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite espanol.humana.com.

Capítulo 1: Cómo comenzar como afiliado

Contenido

A. Bienvenido a Humana Gold Plus Integrated	5
B. ¿Qué son Medicare y Medicaid?	5
Medicare	5
Medicaid	5
C. ¿Cuáles son las ventajas de este plan?	6
D. ¿Cuál es el área de servicio de Humana Gold Plus Integrated?	6
E. ¿Qué lo hace elegible para ser afiliado del plan?	7
F. Qué esperar cuando se afilia al plan de salud por primera vez	7
G. ¿Qué es un plan de cuidado médico?	8
H. ¿Tiene Humana Gold Plus Integrated primas del plan mensuales?	8
I. Acerca del Manual para los afiliados	8
J. ¿Qué otra información obtendrá de nosotros?	8
Su tarjeta de identificación de afiliado de Humana Gold Plus Integrated	8
Directorio de proveedores y de farmacias	9
Lista de medicamentos cubiertos	10
Explicación de beneficios	10
K. ¿Cómo puede mantener actualizado su archivo de afiliación?	11
¿Mantenemos la privacidad de su información personal y de salud?	11



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

A. Bienvenido a Humana Gold Plus Integrated

Humana Gold Plus Integrated es un Plan Medicare-Medicaid del Commonwealth Coordinated Care Program (CCC, por sus siglas en inglés). Un *Plan Medicare-Medicaid* es una organización conformada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyos a largo plazo, y otros proveedores. También tiene coordinadores y equipos de cuidado médico para ayudarle a administrar todos sus servicios y proveedores. Todos trabajan juntos para proveer el cuidado médico que usted necesita.

El estado y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) aprobaron Humana Gold Plus Integrated para que le provea servicios como parte del Programa CCC.

El Programa CCC es un programa piloto administrado en forma conjunta por el Commonwealth de Virginia y el gobierno federal para proveer un mejor cuidado de la salud a las personas que tienen Medicare y Medicaid. Con este programa piloto, los gobiernos federal y estatal desean probar nuevas formas de mejorar la manera en que usted recibe los servicios de cuidado de la salud de Medicare-Medicaid.

B. ¿Qué son Medicare y Medicaid?

Medicare

Medicare es el programa federal de seguro médico para:

- personas de 65 años o más,
- algunas personas menores de 65 años, con ciertas discapacidades, y
- personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).

Medicaid

Medicaid es un programa administrado por el gobierno federal y el estado, que ayuda a las personas con recursos e ingresos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo y los costos médicos. Cubre servicios y medicamentos extra que no cubre Medicare. En Virginia, Medicaid es administrado por el Departamento de Servicios de Asistencia Médica (DMAS).

Cada estado decide qué se contabiliza como ingreso y recursos, y quién es elegible. También decide qué servicios están cubiertos y su costo. Los estados pueden decidir cómo administrar sus programas, siempre que respeten las normas federales.

Medicare y Virginia deben aprobar Humana Gold Plus Integrated todos los años. Usted puede recibir los servicios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan, siempre que:

- elijamos ofrecer el plan, y
- Medicare y el estado aprueben el plan.

Incluso si nuestro plan deja de funcionar en el futuro, su elegibilidad para los servicios de Medicare y Medicaid no se verá afectada.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

C. ¿Cuáles son las ventajas de este plan?

Ahora recibirá todos los servicios cubiertos de Medicare y Medicaid de Humana Gold Plus Integrated, incluso los medicamentos recetados. Usted no paga más dinero por inscribirse en este plan de salud.

Humana Gold Plus Integrated lo ayudará a que los beneficios de Medicare y Medicaid funcionen mejor juntos y le resulten mejor a usted. Algunas de las ventajas incluyen:

- Tendrá un equipo de cuidado médico que usted ayudó a conformar. Su equipo de cuidado médico puede incluir médicos, enfermeros, asesores u otros profesionales del cuidado de la salud que están a su disposición para ayudarle a que reciba el cuidado médico que necesita.
- Tendrá un coordinador de cuidado médico. Es una persona que trabaja con usted, con Humana Gold Plus Integrated y con los proveedores de cuidado médico para asegurarse de que reciba el cuidado médico que necesita.
- Podrá dirigir su propio cuidado médico con ayuda del equipo de cuidado médico y el coordinador de cuidado médico.
- El equipo de cuidado médico y el coordinador de cuidado médico trabajarán con usted para diseñar un plan de cuidado médico específicamente diseñado para satisfacer sus necesidades de salud. El equipo de cuidado médico estará a cargo de la coordinación de los servicios que necesita. Esto significa, por ejemplo:
 - Su equipo de cuidado médico se asegurará de que los médicos conozcan todos los medicamentos que usted toma para así poder reducir los efectos secundarios.
 - Su equipo de cuidado médico se asegurará de que se informe a todos sus médicos y demás proveedores sobre los resultados de las pruebas.

D. ¿Cuál es el área de servicio de Humana Gold Plus Integrated?

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados y ciudades en Virginia: Albemarle, Alexandria City, Alleghany, Amelia, Arlington, Augusta, Bath, Bedford, Bedford City, Botetourt, Brunswick, Buckingham, Buena Vista City, Caroline, Charles City, Charlottesville City, Chesapeake City, Chesterfield, Colonial Heights City, Covington City, Craig, Culpeper, Cumberland, Dinwiddie, Emporia City, Essex, Fairfax, Fairfax City, Falls Church City, Fauquier, Floyd, Fluvanna, Franklin, Franklin City, Fredericksburg City, Giles, Gloucester, Goochland, Greene, Greensville, Hampton City, Hanover, Harrisonburg City, Henrico, Henry, Highland, Hopewell City, Isle of Wight, James City, King and Queen, King George, King William, Lancaster, Lexington City, Loudoun, Louisa, Lunenburg, Madison, Manassas City, Martinsville City, Mathews, Mecklenburg, Middlesex, Montgomery, Nelson, New Kent, Newport News City, Norfolk City, Northampton, Northumberland, Nottoway, Orange, Patrick, Petersburg City, Poquoson City, Portsmouth City, Powhatan, Prince Edward, Prince George, Prince William, Pulaski, Radford City, Richmond, Richmond City, Roanoke, Roanoke City, Rockbridge, Rockingham, Salem City, Southampton, Spotsylvania, Stafford, Staunton City, Suffolk City, Surry, Sussex, Virginia Beach City, Waynesboro, Westmoreland, Williamsburg City, Wythe y York.

Solamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden tener Humana Gold Plus Integrated.

Si se muda fuera del área de servicio, no puede permanecer en este plan.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

E. ¿Qué lo hace elegible para ser afiliado del plan?

Es elegible para afiliarse a nuestro plan, siempre y cuando:

- viva en nuestra área de servicio, **y**
- sea elegible para la Parte A de Medicare y esté inscrito en las Partes B y D de Medicare, **y**
- sea elegible para Medicaid, **y**
- sea un ciudadano estadounidense o resida legalmente en los Estados Unidos, **y**
- no padece Enfermedad renal en etapa terminal (en inglés), con excepciones limitadas, como por ejemplo si desarrolla ESRD cuando ya es afiliado de un plan que ofrecemos, o fue afiliado de un plan diferente que fue anulado.
- reciba Medicaid completo, y tenga 21 años de edad o más en el momento de la inscripción. Esto incluye a las personas inscritas en la exención para ancianos y discapacitados que reciben servicios controlados por el consumidor (EDCD, por sus siglas en inglés) y los que residen en centros de enfermería (NF, por sus siglas en inglés).

F. Qué esperar cuando se afilia al plan de salud por primera vez

Cuando se afilia al plan por primera vez, recibirá una evaluación de riesgos de salud dentro de los primeros 30 a 60 días, dependiendo del tipo de servicios que requiere.

La evaluación de riesgos de salud nos ayuda a entender sus necesidades médicas. Intentaremos contactarlo por teléfono primero. Si no podemos comunicarnos con usted por teléfono, le enviaremos una carta y la evaluación de riesgos de salud (HRA, por sus siglas en inglés) por correo. Le enviaremos un sobre con franqueo pagado para que lo envíe de vuelta. Si no recibimos una respuesta, intentaremos contactar con usted en su casa. Si necesita ayuda para completar el formulario, podemos llamarlo o reunirnos con usted personalmente. Si necesita ayuda, llame a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página. No obstante, tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada fuera del horario normal de trabajo, los fines de semana y los días festivos. Por favor, deje su nombre y número de teléfono, y le devolveremos la llamada antes de finalizar el próximo día laborable. Visite **espanol.humana.com** donde tendrá acceso las 24 horas a información como la historia de reclamaciones, la elegibilidad y la lista de medicamentos de Humana. Allí, también puede utilizar la herramienta de búsqueda de proveedores “Physician Finder” y obtener noticias e información de salud.

Si Humana Gold Plus Integrated es nuevo para usted, puede continuar acudiendo a los médicos que ve ahora durante un período de 180 días después de que se inscribe por primera vez. También puede seguir recibiendo los servicios autorizados previamente mientras tenga validez la autorización previa o durante 180 días después de que se inscribe por primera vez, lo que suceda primero. Si usted está en un centro de enfermería en el momento del inicio del Programa CCC, puede seguir en el centro siempre y cuando siga reuniendo los criterios para recibir cuidado médico en un centro de enfermería, a menos que usted o su familia prefieran su traslado a otro centro de enfermería o su regreso a la comunidad. Los criterios para hogares de ancianos son establecidos por el Departamento de Servicios de Asistencia Médica de Virginia (DMAS, por sus siglas en inglés).



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **espanol.humana.com**.

Después de los 180 días en nuestro plan, deberá ver a médicos y demás proveedores de la red Humana Gold Plus Integrated. *Un proveedor de la red es aquel que trabaja con el plan de salud.* Consulte el Capítulo 3, Sección B, página 26 para más información sobre cómo recibir el cuidado médico.

G. ¿Qué es un plan de cuidado médico?

Un *plan de cuidado médico* es el plan mediante el cual recibirá servicios de cuidado de la salud, y que indica cómo los recibirá.

Después de la evaluación de riesgos de salud, su equipo de cuidado médico se reunirá con usted para hablar sobre los servicios de cuidado de la salud que necesita y desea. Juntos, usted y su equipo de cuidado médico diseñarán un plan de cuidado médico.

Cada año, su equipo de cuidado médico trabajará con usted para actualizar el plan de cuidado médico cuando los servicios de salud que necesita y desea cambien.

H. ¿Tiene Humana Gold Plus Integrated primas del plan mensuales?

No.

I. Acerca del Manual para los afiliados

Este *Manual para los afiliados* es parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las normas de este documento. Si considera que hicimos algo que va en contra de estas normas, puede apelar o cuestionar nuestra acción. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección 4, página 129 o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

El contrato está vigente durante los meses en que esté inscrito en Humana Gold Plus Integrated entre el 1 de enero de 2017 y el 31 de diciembre de 2017.

J. ¿Qué otra información obtendrá de nosotros?

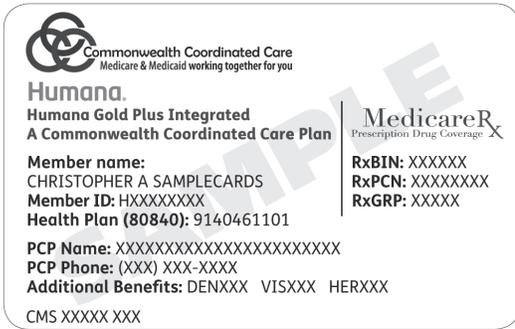
Ya debe haber recibido una tarjeta de identificación de afiliado de Humana Gold Plus Integrated, información sobre cómo acceder a un *Directorio de proveedores y de farmacias*, y una *Lista de medicamentos cubiertos*.

Su tarjeta de identificación de afiliado de Humana Gold Plus Integrated

En nuestro plan, tendrá una tarjeta para los servicios de Medicare y Medicaid, incluso para los servicios, apoyos y medicamentos recetados a largo plazo. Debe mostrar esta tarjeta cuando obtenga cualquier servicio o medicamento recetado. A continuación, presentamos un ejemplo para que vea cómo será su tarjeta:



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.



Si su tarjeta se daña, la pierde o se la roban, llame a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página de inmediato y le enviaremos una tarjeta nueva.

Siempre que esté afiliado a nuestro plan, no necesita utilizar la tarjeta de Medicare roja, blanca y azul ni la tarjeta de Medicaid para obtener los servicios. Guarde las tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite más adelante.

Directorio de proveedores y de farmacias

El *Directorio de proveedores y de farmacias* establece los proveedores y las farmacias de la red de Humana Gold Plus Integrated. Mientras sea un afiliado de nuestro plan, debe usar proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Existen algunas excepciones cuando se afilia al plan por primera vez (consulte la página 27).

- Puede solicitar un *Directorio de proveedores y de farmacias* anual llamando a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página. También puede acceder al *Directorio de proveedores y de farmacias* en nuestro sitio web en **espanol.humana.com**. Además puede descargarlo del sitio web.

El Directorio de proveedores y de farmacias contiene la lista de profesionales del cuidado de la salud, centros médicos y proveedores de soporte que usted debe ver como afiliado de Humana Gold Plus Integrated. También aparece el listado de farmacias que puede utilizar para obtener sus medicamentos recetados.

¿Qué son los “proveedores de la red”?

- Entre los proveedores de la red se incluyen:
 - Los médicos, enfermeros y demás profesionales del cuidado de la salud a los que puede recurrir como afiliado de nuestro plan;
 - Las clínicas, hospitales, centros de enfermería y demás lugares que proveen servicios de cuidado de la salud en nuestro plan; y
 - Las agencias de cuidado médico en el hogar, proveedores de equipo médico duradero, y demás personas que proveen los bienes y servicios que usted recibe a través de Medicare o Medicaid.
- Los proveedores de la red han acordado aceptar el pago de nuestro plan para los servicios cubiertos en concepto de pago total.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **espanol.humana.com**.

¿Qué son las “farmacias de la red”?

- Las farmacias de la red son farmacias (tiendas de medicamentos) que han acordado surtir los medicamentos recetados de los afiliados del plan. Utilice el *Directorio de proveedores y de farmacias* para encontrar la farmacia que desea usar.
- Excepto en caso de emergencia, debe surtir los medicamentos recetados en una de nuestras farmacias de la red si desea que nuestro plan le ayude a pagarlos.

Para obtener más información, llame a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página. Tanto Atención al cliente como el sitio web del Plan Humana Gold Plus Integrated pueden proporcionarle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores y las farmacias de nuestra red.

Lista de medicamentos cubiertos

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos*. La llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar. Establece los medicamentos recetados que están cubiertos por Humana Gold Plus Integrated.

La Lista de medicamentos también indica si existen reglas o restricciones para determinados medicamentos, como por ejemplo si la cantidad que se puede obtener es limitada. Consulte el Capítulo 5, Sección B, en la página 87 para obtener más información sobre estas reglas y restricciones.

Le enviaremos una copia de la Lista de medicamentos todos los años, pero pueden producirse cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre los medicamentos cubiertos, visite **espanol.humana.com** o llame al Atención al cliente al número que aparece en la parte inferior de la página. Esta llamada es gratuita.

Explicación de beneficios

Cuando usted utilice los beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarle a comprender y hacer un seguimiento de los pagos realizados en concepto de medicamentos recetados de la Parte D. Este informe se denomina *Explicación de beneficios (EOB)*.

La *Explicación de beneficios* le indica la cantidad total que usted, u otras personas en su nombre, ha gastado en medicamentos recetados de la Parte D y la cantidad total en concepto de pagos que hayamos realizado por dichos medicamentos durante el mes. En el Capítulo 6, encontrará más información sobre la Explicación de beneficios y cómo puede ayudarle a hacer un seguimiento de su cobertura para medicamentos.

Un resumen de la *Explicación de beneficios* está disponible previa solicitud. Para obtener una copia, contacte a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **espanol.humana.com**.

K. ¿Cómo puede mantener actualizado su archivo de afiliación?

Puede mantener actualizado su archivo de afiliación informándonos cuando se produzca un cambio en sus datos.

Los proveedores y farmacias de la red del plan necesitan tener datos correctos sobre usted, **ya que usan su archivo de afiliación para saber qué servicios y medicamentos obtiene y cuánto le costarán.** Por eso, es muy importante que nos ayude a mantener actualizados sus datos.

Comuníquenos lo siguiente:

- Si se producen cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Si se han modificado otras coberturas de seguro médico, entre ellas, las de su patrono o el patrono de su cónyuge, o bien la compensación laboral
- Si ha realizado reclamaciones de responsabilidad, entre ellas, por un accidente automovilístico
- Si ha sido admitido en un centro de enfermería o un hospital
- Si recibe cuidado médico en un hospital o sala de emergencias fuera del área o de la red de cobertura
- Si cambia de cuidador o persona responsable por usted
- Si forma parte de un estudio de investigación clínica

En caso de cambio en cualquier dato, infórmenos llamando a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página.

¿Mantenemos la privacidad de su información personal y de salud?

Sí. Las leyes requieren que mantengamos la privacidad sobre sus expedientes médicos y su información personal de salud. Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida. Para obtener más información sobre cómo protegemos su información personal de salud, consulte el Capítulo 8, Sección D, página 111.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Contenido

A. Cómo contactarse con Atención al cliente de Humana Gold Plus Integrated.	14
Contacte con Atención al cliente por los siguientes motivos:	14
• Preguntas sobre el plan	14
• Preguntas sobre reclamaciones, facturación o tarjetas de identificación de afiliado	14
• Decisiones de cobertura sobre sus servicios de cuidado de la salud	14
• Apelaciones sobre sus servicios de cuidado de la salud	15
• Quejas sobre sus servicios de cuidado de la salud	15
• Decisiones de cobertura sobre sus medicamentos.	15
• Apelaciones sobre sus medicamentos	15
• Quejas sobre sus medicamentos	16
• Pagos en concepto de servicios de cuidado de la salud o medicamentos que usted ya ha pagado . . .	16
B. Cómo contactarse con su coordinador de cuidado médico	16
Contacte con su coordinador de cuidado médico por los siguientes motivos:	17
• Preguntas sobre sus servicios de cuidado de la salud	17
• Asistencia con la programación de citas.	17
• Preguntas sobre servicios para la salud del comportamiento, transporte, y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés)	18
C. Cómo contactarse con la Línea telefónica de asesoramiento de enfermería	18
Contacte con la Línea telefónica de asesoramiento de enfermería por los siguientes motivos:	18
• Preguntas sobre sus servicios de cuidado de la salud	18



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

D. Cómo contactarse con la Línea de crisis de la salud del comportamiento	19
Contacte con la Línea de crisis de la salud del comportamiento por los siguientes motivos:	19
• Preguntas sobre los servicios para la salud del comportamiento	19
E. Cómo contactarse con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés).	19
Contacte con VICAP por los siguientes motivos:	20
• Preguntas sobre su seguro médico de Medicare	20
F. Cómo contactarse con la Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO, por sus siglas en inglés)	20
Contacte con KEPRO por los siguientes motivos:	20
• Preguntas sobre sus servicios de cuidado de la salud	20
G. Cómo contactarse con Medicare	21
H. Cómo contactarse con Medicaid	22
I. Cómo contactarse con la Oficina del Mediador del Commonwealth Coordinated Care (Defensor del Commonwealth Coordinated Care)	22
J. Otros recursos	23



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

A. Cómo contactarse con Atención al cliente de Humana Gold Plus Integrated

<p>LLAME AL</p>	<p>1-855-280-4002 La llamada es gratuita.</p> <p>Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. No obstante, tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada fuera del horario normal de trabajo, los fines de semana y los días festivos. Por favor, deje su nombre y número de teléfono, y le devolveremos la llamada antes de finalizar el próximo día laborable. Visite espanol.humana.com donde tendrá acceso las 24 horas a información como la historia de reclamaciones, la elegibilidad y la lista de medicamentos de Humana. Allí, también puede utilizar la herramienta de búsqueda de proveedores “Physician Finder” y obtener noticias e información de salud.</p> <p>Disponemos de servicios de intérpretes gratis para las personas que no hablan inglés.</p>
<p>TTY</p>	<p>711 La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas que tienen problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar.</p> <p>El horario de atención es el mismo que aparece arriba.</p>
<p>ESCRIBA A</p>	<p>Humana PO Box 14168 Lexington, KY 40512-4168</p>
<p>SITIO WEB</p>	<p>espanol.humana.com</p>

Contacte con Atención al cliente por los siguientes motivos:

- Preguntas sobre el plan
- Preguntas sobre reclamaciones, facturación o tarjetas de identificación de afiliado
- Decisiones de cobertura sobre servicios de salud

Una decisión de cobertura sobre sus servicios de cuidado de la salud es una decisión sobre:

- sus beneficios y servicios cubiertos, o
- la cantidad que pagaremos en concepto de sus servicios de cuidado de la salud.

Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura acerca de los servicios de cuidado de la salud.

- Para obtener más información sobre decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9, Sección 4, página 129



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **espanol.humana.com**.

- **Apelaciones sobre sus servicios de cuidado de la salud**

Una *apelación* es una manera formal de solicitarnos que revisemos una decisión que hayamos tomado sobre su cobertura y que la modifiquemos si usted cree que hemos cometido un error.

- Para obtener más información sobre decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9, Sección 4, página 129

- **Quejas sobre sus servicios de cuidado de la salud**

Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier otro proveedor (pertenzca a la red o no). Un proveedor de la red es aquel que trabaja con el plan de salud. También puede presentar una queja sobre la calidad del cuidado médico que recibió a nosotros o a la Organización para el mejoramiento de la calidad (consulte la Sección F a continuación).

- Si su queja se relaciona con una decisión de cobertura sobre sus servicios de cuidado de la salud, podrá presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).
- Puede enviar una queja sobre Humana Gold Plus Integrated directamente a Medicare. Puede usar el formulario en línea que se encuentra en <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
- Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus servicios de cuidado de la salud, consulte el Capítulo 9, Sección 10, página 164

- **Decisiones de cobertura sobre sus medicamentos**

Una decisión de cobertura sobre medicamentos es una decisión sobre:

- sus beneficios y medicamentos cubiertos, **o**
- la cantidad que pagaremos en concepto de sus medicamentos.

Esto aplica a los medicamentos de la Parte D, los medicamentos recetados de Medicaid y los medicamentos de venta sin receta de Medicaid.

- Para obtener más información sobre decisiones de cobertura relacionadas con medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9, Sección 6.4, página 147

- **Apelaciones sobre sus medicamentos**

Una *apelación* es una forma de solicitarnos que modifiquemos una decisión de cobertura. Para presentar una apelación, puede llamar a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página, o escribirnos a la siguiente dirección:

Humana Inc.
Grievance and Appeal Department
PO Box 14546
Lexington, KY 40512-4546
Fax acelerado: 1-855-336-6220



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

- Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación de medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9, Sección 6.5, página 149.

- **Quejas sobre sus medicamentos**

Puede presentar una queja sobre nosotros o una farmacia. Esto incluye quejas sobre sus medicamentos recetados.

Si su queja se relaciona con una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados, podrá presentar una apelación. *(Consulte la sección anterior).*

Puede enviar una queja sobre Humana Gold Plus Integrated directamente a Medicare. Puede usar el formulario en línea que se encuentra en <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.

- Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9, Sección 10, página 163.

- **Pagos en concepto de servicios de cuidado de la salud o medicamentos que usted ya ha pagado**

- Para obtener más información sobre cómo solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura que usted haya recibido, consulte el Capítulo 7, Sección A, página 105.

- Si nos pide que paguemos una factura y le negamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9, Sección 4, página 129 para obtener más información sobre las apelaciones.

B. Cómo contactarse con su coordinador de cuidado médico

Como afiliado del Plan Humana Gold Plus Integrated, usted cuenta con un equipo completo de cuidado médico que le ayudará a satisfacer sus necesidades y objetivos de salud. Este servicio es parte de su plan y se ofrece sin costo para usted.

Usted es una parte importante de su equipo de cuidado médico y podrá comunicarse por teléfono con su propio coordinador de cuidado médico. También puede disponer de consultas domiciliarias si tiene necesidades de salud complejas o necesita servicios para la salud mental o a largo plazo.

Su coordinador de cuidado médico trabajará con usted y cualquier miembro de su familia u otros cuidadores que usted elija. Su coordinador de cuidado médico puede ayudarle a mantenerse saludable al asegurar que usted y sus proveedores trabajen juntos para satisfacer todas sus necesidades de cuidado de la salud. Estamos aquí para ayudarle a comprender y seguir el plan de tratamiento y las indicaciones que ellos le den. Junto con usted, su coordinador de cuidado médico también puede incluir a otros profesionales de la salud, tal como enfermeros, asistentes sociales, especialistas en salud mental y servicios a largo plazo: este es su equipo de cuidado médico.

Nuestros coordinadores de cuidado médico están aquí para trabajar con usted. Por ejemplo, su coordinador de cuidado médico puede:

- Brindarle apoyo para buscar formas de cuidar su salud
- Responder sus preguntas sobre temas de salud



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

- Trabajar con usted y sus médicos para desarrollar un plan de cuidado médico que satisfaga todas sus necesidades
- Ayudarle a verificar que usted tenga todos los medicamentos que necesita y sepa cómo utilizarlos
- Brindarle apoyo si usted padece afecciones crónicas tales como diabetes, enfermedad del corazón y otras enfermedades
- Apoyar sus objetivos de salud y ayudarle a alcanzarlos
- Ayudarle a vincularse con los servicios comunitarios del lugar adonde vive
- Coordinar la asistencia después de una hospitalización
- Ayudarle a reintegrarse a la comunidad después de una internación en un hogar de ancianos u hospital
- Desarrollar un plan de crisis para ayudarle en momentos de emergencia
- Facilitarle las cosas para que usted se quede en su casa

Para contactar a su coordinador de cuidado médico o si quiere cambiar de coordinador de cuidado médico o tiene preguntas sobre nuestros programas para afecciones crónicas y cómo comenzar a obtener los servicios del programa o dejar de obtenerlos:

<p>LLAME AL</p>	<p>1-855-280-4002 La llamada es gratuita.</p> <p>Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. No obstante, tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada fuera del horario normal de trabajo, los fines de semana y los días festivos. Por favor, deje su nombre y número de teléfono, y le devolveremos la llamada antes de finalizar el próximo día laborable. Visite espanol.humana.com donde tendrá acceso las 24 horas a información como la historia de reclamaciones, la elegibilidad y la lista de medicamentos de Humana. Allí, también puede utilizar la herramienta de búsqueda de proveedores “Physician Finder” y obtener noticias e información de salud.</p> <p>Disponemos de servicios de intérpretes gratis para las personas que no hablan inglés.</p>
<p>TTY</p>	<p>711 La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas que tienen problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar.</p> <p>El horario de atención es el mismo que aparece arriba.</p>
<p>ESCRIBA A</p>	<p>Humana PO Box 14168 Lexington, KY 40512-4168</p>
<p>SITIO WEB</p>	<p>espanol.humana.com</p>

Contacte a su coordinador de cuidado médico por los siguientes motivos:

- **Preguntas sobre sus servicios de cuidado de la salud**
- **Asistencia con la programación de citas**



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **espanol.humana.com**.

- **Preguntas sobre servicios para la salud del comportamiento, transporte, y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)**

Los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) son una variedad de servicios y apoyos que ayudan a las personas mayores y a las personas con discapacidades a satisfacer sus necesidades diarias de asistencia y mejorar su calidad de vida. Algunos ejemplos incluyen asistencia para bañarse, vestirse y otras actividades básicas de la vida diaria y el cuidado personal, así como apoyo para tareas cotidianas como lavar la ropa, hacer las compras y el transporte. Los servicios y apoyos a largo plazo se proveen durante un período prolongado, por lo general en hogares y comunidades, pero también en centros médicos como centros de enfermería.

A veces puede obtener ayuda con sus necesidades cotidianas básicas y de servicios de cuidado de la salud. Puede obtener estos servicios si es elegible para la exención para ancianos y discapacitados que reciben servicios controlados por el consumidor (EDCD):

- Cuidado diurno de la salud para adultos
- Cuidado personal, lo que incluye el modelo de agencia o controlado por el consumidor
- Sistema personal de respuesta ante emergencias, incluido el control de medicamentos
- Cuidado de relevo, lo que incluye el modelo de agencia o controlado por el consumidor
- Coordinación de transición
- Servicios de transición

C. Cómo contactarse con la Línea telefónica de asesoramiento de enfermería

La Línea telefónica de asesoramiento de enfermería es un servicio gratuito para los afiliados del plan para que reciban asistencia con las preguntas que pudieran tener sobre sus servicios de cuidado de la salud.

LLAME AL	1-855-235-8579 La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana. Disponemos de servicios de intérpretes gratis para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 La llamada es gratuita. Este número es para las personas que tienen problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar. Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Contacte con la Línea telefónica de asesoramiento de enfermería si tiene:

- Preguntas sobre sus servicios de cuidado de la salud

Si tiene una emergencia, llame al 911.

La Línea telefónica de asesoramiento de enfermería es un servicio gratuito para los afiliados del plan. Puede llamar en cualquier momento para hablar con uno de nuestros enfermeros si está enfermo o lastimado, necesita asesoramiento sobre los servicios de cuidado de la salud o no está seguro acerca de dónde ir.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Un enfermero le realizará preguntas acerca de su problema y le ayudará a decidir si tiene que ir al hospital, llamar al médico o cuidarse en su casa.

D. Cómo contactarse con la Línea de crisis de la salud del comportamiento

LLAME AL	1-855-235-8579 La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana. Disponemos de servicios de intérpretes gratis para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 La llamada es gratuita. Este número es para las personas que tienen problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar. Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Contacte con la Línea de crisis de la salud del comportamiento por los siguientes motivos:

- Preguntas sobre servicios para la salud del comportamiento

E. Cómo contactarse con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) ofrece asesoramiento gratis sobre seguro médico a las personas con Medicare. En Virginia, el programa SHIP se llama el Programa de Asistencia y Asesoramiento de Seguro de Virginia (VICAP).

VICAP no está vinculado con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

LLAME AL	1-800-552-3402 La llamada es gratuita.
TTY	Los usuarios con TTY deben marcar 711
ESCRIBA A	Virginia Insurance Counseling and Assistance Program 1610 Forest Avenue, Suite 100 Henrico, Virginia 23229
CORREO ELECTRÓNICO	aging@dars.virginia.gov
SITIO WEB	http://www.vda.virginia.gov/vicap2.asp



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Contacte con el Programa de Asistencia en Asesoramiento de Seguros Médicos de Virginia (VICAP) en cuanto a:

- **Preguntas sobre su seguro médico de Medicare**

Los asesores de VICAP pueden:

- ayudarle a comprender sus derechos,
- ayudarle a comprender sus opciones de plan, y
- responder sus preguntas acerca de cambiarse a un plan nuevo.

F. Cómo contactarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)

Nuestro estado cuenta con una organización llamada KEPRO. Este es un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que ayudan a mejorar la calidad del cuidado médico para las personas con Medicare. KEPRO no está vinculado con nuestro plan.

LLAME AL	1-844-455-8708
TTY	1-855-843-4776
ESCRIBA A	5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	http://www.keproqio.com/

Contacte con KEPRO por los siguientes motivos:

- **Preguntas sobre sus servicios de cuidado de la salud**

Puede presentar una queja sobre el cuidado médico que recibió si:

- tiene un problema con la calidad del cuidado médico,
- cree que su estadía en el hospital termina demasiado pronto, o
- cree que los servicios de cuidado médico en el hogar, el cuidado en un centro de enfermería especializada o los servicios de un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) terminan demasiado pronto.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

G. Cómo contactarse con Medicare

Medicare es un programa de seguros de salud federal para personas de 65 años de edad o más, para algunas personas menores de 65 años con discapacidades y para personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

LLAME AL	<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar las 24 horas del día, los siete días de la semana.</p>
TTY	<p>1-877-486-2048 La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas que tienen problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar.</p>
SITIO WEB	<p>https://es.medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial de Medicare. Brinda información actualizada acerca de Medicare. Además, contiene información acerca de hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de cuidado médico en el hogar y centros de diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. Además, si desea buscar contactos de Medicare en su estado, seleccione “Forms, Help & Resources” (Formularios, ayuda y recursos) y, luego, haga clic en “Phone numbers & websites” (Números de teléfono y sitios web).</p> <p>El sitio web de Medicare cuenta con la herramienta siguiente para ayudarle a encontrar planes en su área:</p> <p>Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare): proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) en su área. Seleccione “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y medicamentos).</p> <p>Si no tiene una computadora, vaya a su biblioteca o centro para la tercera edad local donde le ayudarán a consultar el sitio web desde sus computadoras. O bien puede llamar a Medicare al número que aparece arriba y decirles qué información está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán.</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

H. Cómo contactarse con Medicaid

Medicaid ayuda con los costos de los servicios y apoyos médicos y a largo plazo de las personas con ingresos y recursos limitados.

Usted está inscrito en Medicare y Medicaid. Si tiene preguntas acerca de su elegibilidad para Medicaid, contacte con el Departamento de Servicios Sociales de la ciudad o condado en el que vive. Si tiene preguntas sobre los servicios que recibe de Medicaid, llame al Departamento de Servicios de Asistencia Médica (DMAS). La información de contacto de DMAS se encuentra en la siguiente tabla.

LLAME AL	804-786-6145
TTY	1-800-343-0634
ESCRIBA A	Department of Medical Assistance Services 600 East Broad Street, Suite 1300 Richmond, Virginia 23219
CORREO ELECTRÓNICO	dmasinfo@dmas.virginia.gov
SITIO WEB	http://www.dmas.virginia.gov

I. Cómo contactarse con la Oficina estatal del Mediador de Long-Term Care (Cuidado médico a largo plazo) (Defensor del Commonwealth Coordinated Care)

El Mediador del Commonwealth Coordinated Care puede ayudarle si tiene problemas con Humana Gold Plus Integrated. El Mediador no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los servicios son gratuitos.

LLAME AL	1-800-552-5019 La llamada es gratuita.
TTY	1-800-464-9950 Este número es para las personas que tienen problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar.
ESCRIBA A	Commonwealth Coordinated Care Ombudsman Virginia Department for Aging and Rehabilitative Services 8004 Franklin Farms Drive Henrico, Virginia 23229
FAX	804-662-9140
SITIO WEB	http://www.ElderRightsVA.org



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

J. Otros recursos

Agencias Regionales para el Envejecimiento o AAA (por sus siglas en inglés)

Las AAA ofrecen muchos servicios para los adultos mayores. También pueden ayudarle a informarse sobre otros servicios. Cada AAA tiene una sucursal local que conoce las necesidades de su área.

LLAME AL	1-804-644-2804
ESCRIBA A	Virginia Association of Area Agencies on Aging 24 E. Cary Street, Suite 100 Richmond, Virginia 23219
CORREO ELECTRÓNICO	info@thev4a.org
SITIO WEB	http://vaaaa.org/

Cómo participar en el Comité de conexión comunitaria de Virginia

Humana Gold Plus Integrated, tiene el gusto de darle la oportunidad de mejorar su plan de salud. Lo invitamos a participar en su Comité de conexión comunitaria. En el comité podrá decirnos de qué manera podemos servirle mejor. Asistir le permitirá a usted y a su cuidador, o familiar, la oportunidad de conocer otros afiliados al plan en su comunidad. Las reuniones de dos horas tendrán lugar cada tres meses. Si no puede asistir personalmente, puede reunirse con nosotros por teléfono. Todas las reuniones incluyen almuerzo. Humana desea saber cómo podemos mejorar su plan de salud. Si le gustaría asistir o desea obtener más información, contáctese con el Departamento de Calidad de Virginia por los medios indicados a continuación. El Departamento de Calidad de Virginia está abierto de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora del este.

LLAME AL	1-855-237-6797, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora del este
TTY	711
FAX	1-855-700-5103
ESCRIBA A	Community Connection Committee Attn: Virginia Quality Department 4191 Innslake Drive Suite 100 Glen Allen, VA 23060-3324
CORREO ELECTRÓNICO	VAQualityCCC@Humana.com
SITIO WEB	www.Humana.com/medicare/medicaid-dual/



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

Capítulo 3: Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios de cuidado de la salud y otros servicios cubiertos

Contenido

A. Acerca de los “servicios”, los “servicios cubiertos”, los “proveedores” y los “proveedores de la red” . . .	26
B. Normas para obtener servicios de cuidado de la salud, los servicios para la salud del comportamiento, y los servicios y apoyos a largo plazo cubiertos por el plan	26
C. Su coordinador de cuidado médico	28
D. Cómo obtener el cuidado médico de proveedores de cuidado primario, especialistas u otros proveedores de la red y proveedores fuera de la red	29
Cómo obtener cuidado médico de un proveedor de cuidado primario.	29
Cómo obtener cuidado médico de especialistas y otros proveedores de la red	31
¿Qué sucede si un proveedor de la red abandona el plan?	32
Cómo obtener cuidado médico de proveedores fuera de la red	32
E. Cómo obtener servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)	33
F. Cómo obtener cuidado médico controlado por el consumidor	33
G. Cómo obtener servicios para la salud del comportamiento	33
H. Cómo obtener servicios de transporte	34
I. Cómo obtener servicios cubiertos cuando se presenta una emergencia médica o una necesidad urgente de cuidado médico, o durante un desastre.	34
Cómo obtener cuidado médico cuando se presenta una emergencia médica.	34
Cómo obtener cuidado que se necesita con urgencia	36
Cómo obtener cuidado médico durante un desastre	37
J. ¿Qué ocurre si recibe una factura por el costo total de los servicios que cubre nuestro plan?	37
¿Qué debe hacer si nuestro plan no cubre determinados servicios?	37



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

K. ¿Cómo se cubren sus servicios de cuidado de la salud al participar en un estudio de investigación clínica?	38
¿Qué es un estudio de investigación clínica?	38
Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿qué debe pagar cada uno?.....	38
Conozca más	39
L. ¿Cómo se cubren sus servicios de cuidado de la salud si usted está en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud?	39
¿Qué es una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud?	39
¿Qué cuidado de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud cubre nuestro plan?.....	39
M. Reglas para poseer equipo médico duradero	40
¿El equipo médico duradero será suyo?.....	40
¿Qué ocurre si cambia a Medicare original?	40



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

A. Acerca de los “servicios”, los “servicios cubiertos”, los “proveedores” y los “proveedores de la red”

Los servicios son cuidado de la salud, servicios y apoyos a largo plazo, suministros, servicios para la salud del comportamiento, medicamentos recetados y de venta sin receta, equipos y otros servicios. **Los servicios cubiertos** son cualquiera de estos servicios por los cuales nuestro plan paga. Los servicios de cuidado de la salud y los servicios y apoyos a largo plazo cubiertos se enumeran en el Cuadro de beneficios del Capítulo 4, Sección D, página 43.

Los proveedores son médicos, enfermeros y otras personas que le proporcionan servicios y cuidado médico. El término *proveedores* también incluye hospitales, agencias de cuidado médico en el hogar, clínicas y otros lugares que proporcionan servicios de cuidado de la salud, equipos médicos, y servicios y apoyos a largo plazo.

Los proveedores de la red son aquellos proveedores que trabajan con el plan de salud. Estos proveedores han acordado aceptar nuestro pago como el pago total. Los proveedores de la red nos facturan directamente el cuidado médico que le proporcionan a usted. Cuando usted ve a un proveedor de la red, habitualmente no paga nada por los servicios cubiertos.

B. Normas para obtener servicios de cuidado de la salud, los servicios para la salud del comportamiento, y los servicios y apoyos a largo plazo cubiertos por el plan

Humana Gold Plus Integrated cubre todos los servicios que cubren Medicare y Medicaid. Esto incluye los servicios para la salud del comportamiento, cuidado médico a largo plazo y medicamentos recetados.

Humana Gold Plus Integrated, por lo general, paga por el cuidado de la salud y los servicios que recibe si sigue las normas del plan. Para tener cobertura:

- El cuidado médico que recibe debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que debe estar incluido en el Cuadro de beneficios del plan. (El cuadro aparece en el Capítulo 4, Sección D, página 43 de este manual).
- El cuidado médico debe ser **necesario por razones médicas**. *Necesario por razones médicas* significa que usted necesita los servicios para evitar, diagnosticar o tratar una afección o para mantener su estado de salud actual, o un artículo o servicio provisto para el diagnóstico o tratamiento de su afección de acuerdo con las normas de práctica médica. Esto incluye el cuidado médico que evita que usted tenga que acudir a un hospital u hogar de ancianos.
- Debe contar con un **proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)** de la red que haya ordenado el cuidado médico o lo haya derivado a otro médico. Como afiliado del plan, debe elegir un proveedor de la red para que sea su PCP.
 - En la mayoría de los casos, su PCP de la red debe dar su aprobación antes de que usted utilice otros proveedores de la red del plan. Esto se denomina **referido**. Para obtener más información sobre los referidos, consulte el Capítulo 3, Sección D, página 29.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

- No necesita un referido de su PCP en caso de cuidado de emergencia o que se necesita con urgencia, o para ver un proveedor de la salud de la mujer. Puede obtener otros tipos de cuidado médico sin ser referido por su PCP. Para obtener más información sobre este tema, consulte el Capítulo 3, Sección D, página 29.
 - Para más información sobre la elección de un PCP, consulte el Capítulo 3, Sección D, página 29.
- **Tenga en cuenta que** en los primeros 180 días con nuestro plan, usted puede seguir viendo a sus proveedores actuales, sin costo, incluidos los proveedores que no son parte de nuestra red. Durante esos 180 días, nuestro coordinador de cuidado médico se contactará con usted para ayudarle a buscar proveedores en nuestra red. Una vez transcurridos los 180 días, ya no cubriremos el cuidado médico si usted continúa viendo a proveedores fuera de la red.

Además, le permitiremos que siga recibiendo los servicios autorizados previamente mientras tenga validez la autorización previa o durante 180 días después de que se inscribe por primera vez, lo que suceda primero. Si usted está en un centro de enfermería en el momento del inicio del Programa CCC, puede seguir en el centro siempre y cuando siga reuniendo los criterios para recibir cuidado médico en un centro de enfermería, a menos que usted o su familia prefieran su traslado a otro centro de enfermería o su regreso a la comunidad. Los criterios para hogares de ancianos son establecidos por el Departamento de Servicios de Asistencia Médica de Virginia (DMAS).

- **Debe recibir el cuidado médico por parte de proveedores de la red.** Por lo general, el plan no cubrirá el cuidado médico de un proveedor que no trabaja con el plan de salud. A continuación, presentamos algunos casos en los que no se aplica esta norma:
 - El plan cubre cuidado en casos de emergencia o que se necesita con urgencia de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y para saber qué significa *cuidado de emergencia o que se necesita con urgencia*, consulte la página 33.
 - Si necesita cuidado médico que nuestro plan cubre y los proveedores de la red no pueden proporcionársela, puede recibir cuidado médico de un proveedor fuera de la red. Su PCP coordinará este cuidado médico fuera de la red. Debe obtener la autorización del plan antes de recibir el cuidado médico de un proveedor fuera de la red. En este caso, cubriremos el cuidado médico como si lo hubiera recibido de un proveedor de la red. Para saber cómo obtener la aprobación para ver a un proveedor fuera de la red, consulte la página 32.
 - El plan cubrirá los servicios de diálisis renal cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan durante un período de tiempo corto. Puede recibir estos servicios de un centro de diálisis certificado por Medicare.
 - Cuando se afilia al plan por primera vez, puede continuar consultando a los proveedores fuera de la red que ve ahora durante un período de 180 días.
 - Si deja nuestro plan y se inscribe en otro plan Medicare-Medicaid, puede seguir viendo a cualquier proveedor fuera de la red que vea ahora durante un plazo de 30 días.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

C. Su coordinador de cuidado médico

Como afiliado del Plan Humana Gold Plus Integrated, usted cuenta con un equipo completo de cuidado médico que le ayudará a satisfacer sus necesidades y objetivos de salud. Este servicio es parte de su plan y se ofrece sin costo para usted.

Usted es una parte importante de su equipo de cuidado médico y podrá comunicarse por teléfono con su propio coordinador de cuidado médico. De acuerdo con lo expuesto en el Capítulo 1, su coordinador de cuidado médico realizará una evaluación de riesgos de salud cuando usted se inscriba en el plan. También se realizarán reevaluaciones anuales si así se solicita o si se produce un cambio en su afección. Asimismo, puede disponer de consultas domiciliarias en persona si tiene necesidades de salud complejas o necesita servicios para la salud mental o servicios y apoyos a largo plazo.

Su coordinador de cuidado médico trabajará con usted y cualquier miembro de su familia u otros cuidadores que usted elija.

Su coordinador de cuidado médico puede ayudarle a mantenerse saludable al asegurar que usted y sus proveedores trabajen juntos para satisfacer todas sus necesidades de cuidado de la salud. Estamos aquí para ayudarle a comprender y seguir el plan de tratamiento y las indicaciones. Junto con usted, su coordinador de cuidado médico también puede incluir a otros profesionales de la salud, tal como enfermeros, asistentes sociales, especialistas en salud mental y servicios a largo plazo: este es su equipo de cuidado médico.

Nuestros coordinadores de cuidado médico están aquí para trabajar con usted. Por ejemplo, su coordinador de cuidado médico puede:

- Brindarle apoyo para buscar formas de cuidar su salud
- Responder sus preguntas sobre temas de salud
- Brindarle apoyo si usted padece afecciones crónicas tales como diabetes, enfermedad del corazón y otras enfermedades
- Trabajar con usted y sus médicos para desarrollar un plan de cuidado médico que satisfaga todas sus necesidades
- Ayudarle a verificar que usted tenga todos los medicamentos que necesita y sepa cómo utilizarlos
- Apoyar sus objetivos de salud y ayudarle a alcanzarlos
- Ayudarle a vincularse con los servicios comunitarios del lugar adonde vive
- Coordinar la asistencia después de una hospitalización
- Ayudarle a reintegrarse a la comunidad después de una internación en un hogar de ancianos u hospital
- Desarrollar un plan de crisis para ayudarle en momentos de emergencia
- Facilitarle las cosas para que usted se quede en su casa



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Para contactar a su coordinador de cuidado médico o si quiere cambiar de coordinador de cuidado médico o tiene preguntas sobre nuestros programas para afecciones crónicas y cómo comenzar a obtener los servicios del programa o dejar de obtenerlos, llame a Atención al cliente el número que está en la parte inferior de la página.

D. Cómo obtener el cuidado médico de proveedores de cuidado primario, especialistas u otros proveedores de la red y proveedores fuera de la red

Cómo obtener cuidado médico de un proveedor de cuidado primario

Debe elegir a un proveedor de cuidado primario (PCP) para que proporcione y supervise su cuidado.

¿Qué es un “PCP” y qué hace el PCP por usted?

Su proveedor de cuidado primario (PCP)

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

Su hogar médico

Su PCP se convertirá en su hogar médico. Como un hogar médico, su PCP es su principal fuente de servicios de cuidado de la salud. Su PCP le referirá a un especialista si es necesario. También le ayudará a manejar sus enfermedades crónicas. Usted debería tener una relación permanente y de confianza con su PCP. Su PCP conoce su historia clínica. Un hogar médico también incluye al equipo de apoyo que trabaja con su PCP para coordinar los servicios y el cuidado médico que usted necesita. El objetivo es ayudarlo a estar lo más saludable posible.

Tener un hogar médico es importante porque es el primer recurso al que acude para recibir el cuidado médico que necesita para mantenerse saludable. Esto es lo que significa tener un hogar médico:

- Su PCP se familiarizará con usted y le conocerá bien
- Su PCP trabaja con otros proveedores de cuidado médico, como especialistas, proveedores de la salud del comportamiento y hospitales, para coordinar su cuidado médico
- Usted recibe mejores servicios de cuidado de la salud porque su PCP conoce sus necesidades de cuidado médico
- Usted puede comprender mejor sus enfermedades y cómo cuidarse
- Usted puede comprender cómo obtener y utilizar sus medicamentos
- Usted solo utiliza la sala de emergencias para emergencias de cuidado de la salud
- El PCP puede utilizar otros miembros del equipo para que reciba un mejor cuidado médico



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

Su PCP puede ser alguno de los siguientes tipos de proveedores del cuidado de la salud:

- Médico de familia
- Médico general
- Médico internista
- Profesional médico geriátrico
- Profesional médico de enfermería y asistente médico
- Centro de salud acreditado por el gobierno federal, Clínica de salud rural y Departamentos de salud
- Especialista en salud de la mujer u obstetra/ginecólogo

Un especialista en salud de la mujer es un médico, profesional médico de enfermería u otro proveedor que se especializa en obstetricia, ginecología o medicina de familia. Las afiliadas pueden elegir un especialista en salud de la mujer como su PCP o pueden consultar a un especialista en salud de la mujer cuando lo necesiten, sin un referido.

En algunos casos, un especialista puede ser un PCP. Si tiene un especialista que desea que sea su PCP, el especialista debe llamar a Humana Gold Plus Integrated. Los especialistas deben seguir un proceso para poder ser su PCP.

¿Cómo se elige un PCP?

Para obtener información sobre cómo elegir a su PCP, llame a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página.

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar su PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, es posible que su PCP abandone la red del plan. Podemos ayudarle a encontrar un nuevo PCP.

Si por cualquier motivo desea cambiar su PCP, debe llamar a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página. Por lo general, las solicitudes de cambio que recibimos hasta el último día laborable del mes tendrán vigencia el primer día del mes siguiente. Le enviaremos una nueva tarjeta de identificación de afiliado en la que figura el nuevo PCP. Atención al Cliente también puede ayudarle a programar la primera cita, si lo necesita.

Para buscar PCP entre los que poder elegir:

- Busque en nuestro Directorio de proveedores y de farmacias
- Busque en nuestro sitio web en **espanol.humana.com**.
- Llame a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página.

Si necesita una copia del Directorio de proveedores y de farmacias, llame a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página.

Servicios que puede obtener sin necesidad de tener antes la aprobación de su PCP

- En la mayoría de los casos, necesitará aprobación de su PCP para poder ver a otros proveedores. Esta aprobación se denomina **referido**. Puede recibir servicios como los que se indican a continuación sin tener que obtener primero la aprobación de su PCP:



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **espanol.humana.com**.

- Servicios en casos de emergencia de proveedores de la red o fuera de la red.
- Cuidado que se necesita con urgencia de proveedores de la red.
- Cuidado que se necesita con urgencia de proveedores fuera de la red cuando no puede obtenerlo de proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan).
- Servicios de diálisis renal que recibe de un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan. (Comuníquese con Atención al cliente antes de salir del área de servicio. Podemos ayudarle a recibir diálisis mientras esté afuera).
- Vacunas contra la influenza, contra la hepatitis B y contra la neumonía, siempre que las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de cuidado de la salud rutinarios para la mujer y servicios de planificación familiar. Esto incluye un examen de las mamas, mamografías de detección (rayos X de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red.
- Además, si es elegible para recibir servicios de proveedores de cuidado médico indígenas, es posible que pueda ver a estos proveedores sin un referido.
- Todos los servicios preventivos cubiertos, siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red.
- Gestión de los medicamentos, evaluaciones, consultas y terapia de salud mental y farmacodependencia como paciente ambulatorio con proveedores de la red.
- Emergencias o tratamiento de crisis para problemas de salud mental o farmacodependencia.

Cómo se obtiene cuidado médico de especialistas y otros proveedores de la red

Un *especialista* es un médico que provee servicios de cuidado de la salud para una enfermedad o parte del cuerpo en particular. Existen muchas clases de especialistas. Estos son algunos ejemplos:

- *Oncólogos* atienden a pacientes con cáncer.
- *Cardiólogos* atienden a pacientes con afecciones del corazón.
- *Ortopedistas* atienden a pacientes con afecciones óseas, musculares o articulares.

Su PCP puede recomendarle un especialista si usted tiene un problema específico. Su PCP también puede recomendarle un laboratorio u hospital para servicios especiales.

Es posible que necesite un referido para ver a un especialista o a alguien que no sea su PCP. Un referido significa que su PCP de la red debe autorizarle antes de que usted pueda ver a otro proveedor. Si no obtiene un referido, es posible que Humana Gold Plus Integrated no cubra el servicio. Si está consultando un especialista, es probable que deba regresar a su PCP para obtener un referido para recibir servicios adicionales.

Es posible que debamos revisar y aprobar las solicitudes de servicio para que pueda recibir los servicios de un especialista. El especialista, laboratorio u hospital sabrán cómo obtener la aprobación para estos servicios. Esto se denomina obtener una “autorización previa”. Consulte el capítulo 4, Sección C, página 42 para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa.

Si hay especialistas específicos que quiere usar, averigüe si su PCP refiere pacientes a esos especialistas. Cada PCP del plan tiene ciertos especialistas del plan que utiliza para los referidos. Esto significa que el PCP que elija podrá determinar los especialistas que pueda visitar. En general,



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

puede cambiar su PCP en cualquier momento si quiere ver a un especialista del plan al que su PCP actual no refiere pacientes. Anteriormente en esta sección, bajo el apartado “Cómo cambiar de PCP”, le explicamos cómo cambiar de médico de cuidado primario (PCP). Si desea utilizar determinados hospitales, primero debe averiguar si su PCP o los médicos que consultará también los utilizan.

¿Qué sucede si un proveedor de la red abandona el plan?

Puede ocurrir que un proveedor de la red que usted utiliza abandone nuestro plan. Si uno de sus proveedores se va de nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos ofrecerle acceso ininterrumpido a proveedores acreditados.
- Cuando sea posible, le daremos un aviso con al menos 30 días de anticipación para que tenga tiempo de seleccionar un proveedor nuevo.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor acreditado para que siga manejando sus necesidades de servicios de cuidado de la salud.
- Si se está sometiendo a un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y veremos con usted la forma de garantizarle, que no se interrumpa el tratamiento necesario por razones médicas que está recibiendo.
- Si considera que no reemplazamos a su proveedor anterior por un proveedor acreditado o que no se maneja adecuadamente su cuidado médico, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.

Si se entera de que alguno de sus proveedores abandona nuestro plan, contáctenos para que podamos ayudarle a buscar un proveedor nuevo y manejar su cuidado médico. Si tiene alguna pregunta, puede llamarnos al 1-855-280-4002 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. No obstante, tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada fuera del horario normal de trabajo, los fines de semana y los días festivos. Por favor, deje su nombre y número de teléfono, y le devolveremos la llamada antes de finalizar el próximo día laborable. Visite espanol.humana.com donde tendrá acceso las 24 horas a información como la historia de reclamaciones, la elegibilidad y la lista de medicamentos de Humana. Allí, también puede utilizar la herramienta de búsqueda de proveedores “Physician Finder” y obtener noticias e información de salud.

Cómo obtener cuidado médico de proveedores fuera de la red

Su médico de cuidado primario (PCP) de la red o su plan deben dar su aprobación por adelantado antes de que usted pueda utilizar proveedores que no se encuentren en la red del plan. Esto se denomina dar un “referido”. Para obtener más información sobre esto y sobre situaciones en las que puede consultar a un proveedor fuera de la red sin contar con un referido (por ejemplo, en el caso de una emergencia), consulte la página 34 de este capítulo. Si usted no obtiene un referido (la aprobación por adelantado) antes de recibir los servicios de un proveedor fuera de la red, es posible que usted mismo deba pagar por dichos servicios.

Para ciertos tipos de servicios, es posible que su médico necesite recibir la aprobación por adelantado de nuestro plan (esto se llama obtener la “autorización previa”). Consulte el Capítulo 4, Sección C, página 42 para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

- **Tenga en cuenta:** si desea utilizar un proveedor fuera de la red, este debe estar acreditado para participar en Medicare o Medicaid. No podemos pagarle a un proveedor que no califique para participar en Medicare y/o Medicaid. Si desea utilizar un proveedor que no califica para participar en Medicare, deberá pagar el costo total de los servicios que le preste. Los proveedores deben informarle si no califican para participar en Medicare.

E. Cómo obtener servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

Los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) son una variedad de servicios y apoyos que ayudan a las personas mayores y a las personas con discapacidades a satisfacer sus necesidades diarias de asistencia y a mejorar su calidad de vida. Algunos ejemplos incluyen asistencia para bañarse, vestirse y otras actividades básicas de la vida diaria y el cuidado personal, así como apoyo para tareas cotidianas como lavar la ropa, hacer las compras y el transporte. Los servicios y apoyos a largo plazo se proveen durante un período prolongado, por lo general en hogares y comunidades, pero también en centros médicos como centros de enfermería.

Deberá contactar con su departamento de salud/DSS local para una prueba de detección de LTSS. Si necesita asistencia para contactar con su agencia local, llame a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página y pida hablar con su coordinador de cuidado médico. Usted puede elegir qué proveedor/agencia desea que le provea servicios y apoyos a largo plazo. El coordinador de cuidado médico de Humana Gold Plus Integrated revisará con usted una lista de las agencias aprobadas para proveer servicios en su área.

F. Cómo obtener cuidado médico controlado por el consumidor

El cuidado médico controlado por el consumidor permite al afiliado contratar, capacitar y supervisar a su propio cuidador para sus servicios de cuidado personal. En función de su elegibilidad para la exención de LTSS y de la aprobación del Departamento de Servicios de Asistencia Médica (DMAS), usted podrá dirigir su cuidado de relevo y/o cuidado personal. Este servicio incluye actividades como:

- Bañarse
- Vestirse
- Preparación de comidas
- Relevo

Si es elegible, su coordinador de cuidado médico le asistirá en la inscripción para obtener cuidado médico controlado por el consumidor.

G. Cómo obtener servicios para la salud del comportamiento

Los servicios para la salud del comportamiento ofrecen una amplia variedad de opciones de tratamiento para personas con trastornos mentales o farmacodependencia, como depresión, ansiedad o drogadicción. Estos servicios tienen como objetivo ayudar a las personas a vivir en la comunidad y a mantener un estilo de vida lo más independiente y satisfactorio posible. Los servicios abarcan desde asesoramiento a cuidado hospitalario, incluidos tratamientos diurnos y servicios durante crisis. Los servicios pueden proveerse en hogares y en la comunidad, o como cuidado a largo o corto plazo. Los servicios están a cargo de personas y organizaciones acreditadas.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Animamos a los afiliados a hablar con un profesional de cuidado médico acerca de sus preocupaciones y a procurar una evaluación si tienen problemas al afrontar sus sentimientos y pensamientos.

Para solicitar servicios para la salud del comportamiento, llame a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página.

Nuestro personal de Atención al cliente puede responder preguntas sobre los servicios de salud del comportamiento y ayudarle a buscar un proveedor que pueda ayudarle a sentirse mejor.

H. Cómo obtener servicios de transporte

Para solicitar servicios de transporte de emergencia, llame al 911.

- Si necesita transporte para ir a una cita de cuidado de la salud que no sea un caso de emergencia, llame al 1-855-253-6869, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora del este. Llame al TTY 1-866-288-3133. Se ruega llamar al menos 3 días por adelantado, si es posible. Consulte el Capítulo 4, Sección D, página 77 para obtener más información sobre el transporte.
- Si el transporte tarda en llegar, llame a la Línea de ayuda para el transporte al 1-855-253-6870. Llame al TTY 1-866-288-3133.

I. Cómo obtener servicios cubiertos cuando se presenta una emergencia médica o una necesidad urgente de cuidado médico, o durante un desastre

Cómo obtener cuidado médico en caso de una emergencia médica

¿Qué es un caso de emergencia médica?

Un caso de *emergencia médica* es una afección reconocible por síntomas como dolor intenso o lesiones graves. La afección es tan grave que, si no se obtiene cuidado médico de inmediato, usted o cualquier persona prudente lega en la materia (es decir, una persona con un conocimiento medio de salud y medicina) puede prever que resulte en:

- un grave peligro para su salud; **o**
- un deterioro grave en las funciones corporales; **o**
- una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; **o**
- en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, es decir un trabajo de parto en curso cuando se presenten cualquiera de estas situaciones:
 - No hay tiempo suficiente para trasladarla de forma segura a otro hospital antes del alumbramiento.
 - El traslado puede suponer una amenaza para su salud o su seguridad o para la salud y la seguridad del bebé que está por nacer.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

¿Qué debe hacer en caso de una emergencia médica?

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo más rápidamente posible.** Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia, si fuera necesario. Usted *no* necesita obtener una aprobación o referido previo de su PCP.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de notificar su emergencia a nuestro plan.** Necesitamos realizar un seguimiento de su cuidado médico en caso de emergencia. Usted u otra persona deberá llamar para informarnos acerca del cuidado médico en caso de emergencia, generalmente dentro de las siguientes 48 horas. Sin embargo, no tendrá que pagar los servicios en casos de emergencia por demorarse en informarnos. Llame a Humana Gold Plus Integrated al 1-855-280-4002 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. No obstante, tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada fuera del horario normal de trabajo, los fines de semana y los días festivos. Por favor, deje su nombre y número de teléfono, y le devolveremos la llamada antes de finalizar el próximo día laborable. Visite **espanol.humana.com** donde tendrá acceso las 24 horas a información como la historia de reclamaciones, la elegibilidad y la lista de medicamentos de Humana. Allí, también puede utilizar la herramienta de búsqueda de proveedores “Physician Finder” y obtener noticias e información de salud.

¿Qué servicios están cubiertos si tiene un caso de emergencia médica?

Puede obtener cuidado en casos de emergencia cubierto cuando lo necesite, en cualquier parte de Estados Unidos o sus territorios. Si necesita una ambulancia para llegar a la sala de emergencias, nuestro plan la cubre. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios del Capítulo 4, Sección D, página 43.

Si tiene una emergencia, nos comunicaremos con los médicos encargados de prestarle cuidado médico en casos de emergencia. Estos médicos nos comunicarán cuándo termina el caso de emergencia médica.

Cuando el caso de emergencia médica haya terminado, es posible que necesite cuidado de seguimiento para mejorarse. El cuidado de seguimiento está cubierto por nuestro plan. Si recibe cuidado en caso de emergencia de proveedores fuera de la red, trataremos de transferir el cuidado médico a proveedores de la red tan pronto como sea posible.

¿Qué ocurre si no se trataba de un caso de emergencia médica después de todo?

En algunas ocasiones puede resultar difícil saber si tiene una emergencia médica. Es posible que acuda a un servicio de cuidado médico en caso de emergencia y luego el médico indique que en realidad no se trataba de una emergencia médica. Siempre que haya creído razonablemente que su salud corría grave peligro, cubriremos el cuidado médico proporcionado.

No obstante, luego de que el médico indique que *no* se trataba de un caso de emergencia, cubriremos el cuidado médico adicional *únicamente* en estos casos:

- si consulta a un proveedor de la red, o
- si el cuidado médico adicional se considera “cuidado que se necesita con urgencia” y se cumplen las reglas correspondientes para recibir este tipo de cuidado. (Consulte la siguiente sección).



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **espanol.humana.com**.

Cómo obtener cuidado que se necesita con urgencia

¿Qué quiere decir cuidado que se necesita con urgencia?

Cuidado que se necesita con urgencia es el cuidado médico que recibe para tratar una enfermedad, lesión o afección súbitas que no ponen en riesgo la vida, pero que requieren cuidado médico inmediato. Por ejemplo, pudiera presentarse una reagudización de una afección preexistente que necesite tratamiento.

Cómo recibir cuidado que se necesita con urgencia cuando usted está en el área de servicio del plan

En la mayoría de las situaciones, cubriremos el cuidado que se necesita con urgencia *únicamente* en estos casos:

- si recibe el cuidado médico de un proveedor de la red, **y**
- si se cumplen las demás reglas descritas en este capítulo.

No obstante, si no puede acudir a un proveedor de red, cubriremos el cuidado que se necesita con urgencia recibida de un proveedor fuera de la red.

Si considera que necesita cuidado de urgencia, puede:

1. Llamar a su PCP para pedir consejo. Puede contactar con su PCP o un médico de respaldo, las 24 horas del día, los siete días de la semana.
O
2. Llamar a nuestra línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas al 1-855-235-8579 (TTY: 711).
O
3. Ir a un centro médico de cuidado de urgencia participante. Están enumerados en el Directorio de proveedores y de farmacias. O puede buscarlos en nuestro sitio web en **espanol.humana.com**. Después de ir, llame siempre a su PCP para programar una cita para el cuidado médico de seguimiento.

Cómo recibir cuidado que se necesita con urgencia cuando usted está fuera del área de servicio del plan

Cuando usted está fuera del área de servicio, quizás no pueda recibir cuidado médico de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubrirá el cuidado que se necesita con urgencia recibido de cualquier proveedor.

- Nuestro plan no cubre cuidado que se necesita con urgencia ni ningún otro cuidado médico sin carácter de emergencia recibido fuera de los Estados Unidos.

Cómo obtener cuidado médico durante un desastre

Si el Gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. o el Presidente de los Estados Unidos declaran un estado de desastre o de emergencia en su área geográfica, igual tendrá derecho a recibir cuidado médico de Humana Gold Plus Integrated.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **espanol.humana.com**.

Visite nuestro sitio web para obtener información sobre cómo obtener el cuidado médico necesario durante un desastre declarado: **espanol.humana.com**.

Durante un desastre declarado, si usted no puede usar los servicios de un proveedor de la red, le permitiremos obtener cuidado médico de proveedores fuera de la red a la tasa de costos compartidos dentro de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre declarado, podrá surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información.

J. ¿Qué ocurre si recibe una factura por el costo total de los servicios que cubre nuestro plan?

Si un proveedor le envía una factura a usted en lugar de enviarla al plan, puede solicitarnos que paguemos nuestra parte de la factura.

➤ **No debe pagar la factura. Si lo hace, es posible que el plan no pueda reembolsarle el dinero.**

Si ha pagado más de su parte por los servicios cubiertos, o si ha recibido una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7, Sección A, página 105 para saber cómo proceder.

¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan?

Humana Gold Plus Integrated cubre todos aquellos servicios que:

- son necesarios por razones médicas, **y**
- se enumeran en el Cuadro de beneficios del plan (consulte el Capítulo 4, Sección D, página 43), **y**
- se obtienen al cumplir con las reglas del plan.

➤ Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan, **deberá pagar el costo total por su cuenta.**

Si desea saber si pagaremos por un servicio o cuidado médico determinado, está en su derecho de preguntárnoslo. También tiene derecho a preguntar esto por escrito. Si decimos que no pagaremos por los servicios, está en su derecho de apelar nuestra decisión.

En el Capítulo 9, Sección 5, página 132 se explica qué hacer si desea que el plan cubra determinado artículo o servicio médico. También le indica cómo apelar la decisión de cobertura del plan. También puede llamar a Atención al cliente para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Pagaremos por algunos servicios hasta un determinado límite. Si se excede de dicho límite, deberá pagar el costo total de ese servicio para poder continuarlo. Llame a Atención al cliente para averiguar cuáles son los límites y cuánto le falta para alcanzarlos.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **espanol.humana.com**.

K. ¿Cómo se cubren sus servicios de cuidado de la salud al participar en un estudio de investigación clínica?

¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un *estudio de investigación clínica* (también llamado *ensayo clínico*) es una forma en la que los médicos prueban nuevos tipos de servicios de cuidado de la salud o medicamentos. Se solicita la ayuda de voluntarios para realizar los estudios. Este tipo de estudios ayuda a los médicos a decidir si un nuevo tipo de servicio de cuidado de la salud o medicamento funciona y si es seguro.

Una vez que Medicare apruebe el estudio en el que desea participar, un miembro del personal del estudio contactará con usted. Le informará sobre el estudio y verá si usted es elegible para participar. Puede participar en el estudio siempre que cumpla con las condiciones requeridas. También debe comprender y aceptar las acciones requeridas del estudio para participar.

Mientras participa del estudio, puede seguir inscrito en nuestro plan. De esa forma, seguirá recibiendo cuidado médico de nuestro plan no relacionado con el estudio.

Si desea participar de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario obtener aprobación de parte nuestra o de su médico de cuidado primario. *No* es necesario que los proveedores que le suministran cuidado médico como parte del estudio pertenezcan a la red.

Es necesario que nos avise antes de participar de un estudio de investigación clínica.

He aquí por qué:

- Podemos informarle si el estudio de investigación clínica está aprobado por Medicare.
- Podemos informarle qué servicios recibirá por parte de los proveedores del estudio de investigación clínica en lugar de recibirlos por parte de nuestro plan.

Si planea participar de un estudio de investigación clínica, usted o su coordinador de cuidado médico debe contactar a Atención al cliente.

Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿qué debe pagar cada uno?

Si participa como voluntario en un estudio de investigación clínica que Medicare apruebe, no pagará nada por los servicios cubiertos del estudio, y Medicare pagará los servicios cubiertos del estudio y también los costos rutinarios asociados con su cuidado médico. Una vez que usted ingresa a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, está cubierto por la mayoría de los artículos y servicios que recibe como parte del estudio. Esto incluye:

- Alojamiento y alimentación por estadías en el hospital que Medicare pagaría aun si usted no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico que forme parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones derivados del nuevo cuidado médico.

Si participa en un estudio que *no* ha sido aprobado **por Medicare o nuestro plan, deberá pagar los costos correspondientes al estudio.**



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Obtener más información

Puede obtener más información sobre el ingreso a un estudio de investigación clínica leyendo “Medicare y pruebas clínicas” en el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-S.pdf>). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

L. ¿Cómo se cubren sus servicios de cuidado de la salud si usted está en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud?

¿Qué es una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud?

Una *institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud* es un lugar que provee cuidado médico que usted normalmente recibiría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si no puede recibir cuidado médico en un hospital o en un centro de enfermería especializada debido a sus creencias religiosas, cubriremos el cuidado médico recibido en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud. Puede elegir recibir servicios de cuidado de la salud en cualquier momento por cualquier motivo. Este beneficio es solo para servicios para pacientes internados de la Parte A de Medicare (servicios de cuidado de la salud no médicos). Medicare solo pagará los servicios de cuidado no médico de la salud provistos por instituciones religiosas no médicas para el cuidado de la salud.

¿Qué cuidado médico de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud cubre nuestro plan?

Para recibir cuidado médico de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud, debe firmar un documento legal que diga que usted se opone a recibir tratamiento médico “no exceptuado”.

- El tratamiento médico “no exceptuado” es cualquier cuidado médico que sea *voluntario* y *no requerido* por ninguna ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico “exceptuado” es cualquier cuidado médico que *no sea* voluntario y *que sea requerido* bajo la ley federal, estatal o local.

Para tener cobertura del plan, el cuidado médico que reciba de una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud, deberá cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro médico que provea el cuidado médico debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios que usted reciba de nuestro plan está limitada a los aspectos del cuidado médico que *no sean religiosos*.
- Si recibe servicios de esta institución que se provean en un centro médico, se aplican las siguientes condiciones:
 - Usted debe tener una afección que le permita recibir servicios cubiertos de cuidado hospitalario como paciente internado o en centros de enfermería especializada.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

- Debe obtener aprobación de nuestro plan antes de ser admitido en el centro o su estadía no se cubrirá.
- Tiene cobertura por una cantidad ilimitada de días de internación en el hospital necesarios por razones médicas. Consulte el capítulo 4, Sección D, página 43 (Cuadro de beneficios médicos) para obtener más información.

M. Reglas para poseer equipo médico duradero

El *equipo médico duradero* abarca determinados artículos pedidos por su proveedor para uso en el hogar. Ejemplos de estos artículos incluyen equipo y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, bastones, muletas, andadores y camas de hospital.

¿El equipo médico duradero será suyo?

Determinados artículos, como por ejemplo los dispositivos protésicos, siempre serán suyos. En esta sección, analizaremos el equipo médico duradero que se debe alquilar.

En Medicare, determinados tipos de equipo médico duradero que se alquilan llegarán a ser suyos luego de 13 meses. No obstante, como afiliado de Humana Gold Plus Integrated, por lo general, el equipo alquilado no llegará a ser suyo, sin importar por cuánto tiempo lo alquile.

Aún si tuvo en su poder el equipo médico duradero hasta 12 meses seguidos en virtud de Medicare antes de afiliarse a nuestro plan, el equipo no llegará a ser suyo.

¿Qué ocurre si cambia a Medicare original?

Deberá realizar 13 pagos seguidos en virtud de Medicare original para que el equipo llegue a ser suyo si se cumplen las siguientes condiciones:

- el equipo médico duradero no llegó a ser suyo mientras estaba afiliado a nuestro plan **y**
- abandona el plan y obtiene sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud del programa Medicare original.

Si realizó pagos por equipo médico duradero en virtud de Medicare original antes de afiliarse a nuestro plan, dichos pagos a Medicare no cuentan como parte de los 13 pagos. Deberá realizar 13 pagos nuevos seguidos en virtud de Medicare original para que el artículo llegue a ser suyo.

➤ No hay excepciones a este caso si regresa a Medicare original.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

Capítulo 4: Cuadro de beneficio

Contenido

A. Nociones sobre sus servicios cubiertos	42
B. Nuestro plan no permite que los proveedores le cobren a usted los servicios	42
C. Acerca del Cuadro de beneficios	42
D. Cuadro de beneficios	43
E. Beneficios cubiertos fuera de Humana Gold Plus Integrated	79
F. Beneficios <i>no</i> cubiertos por Humana Gold Plus Integrated, Medicare o Medicaid	80



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

A. Nociones sobre sus servicios cubiertos

En este capítulo se detallan los servicios que paga Humana Gold Plus Integrated. También puede saber qué servicios no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos está en el Capítulo 5, Sección B, página 87. En este capítulo también se explican los límites en algunos servicios.

Como usted recibe asistencia de Medicaid, no paga nada por sus servicios cubiertos siempre que siga las normas del plan. Consulte el Capítulo 3, Sección B, página 26 para conocer los detalles de las normas del plan.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame a su coordinador de cuidado médico o a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página.

B. Nuestro plan no permite que los proveedores le cobren a usted los servicios

Nosotros no permitimos que los proveedores de Humana Gold Plus Integrated le facturen a usted los servicios cubiertos. Les pagamos a nuestros proveedores directamente y le protegemos de cualquier cargo. Esto es así incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio.

- **Usted no debería recibir nunca una factura de un proveedor por servicios cubiertos. Si la recibe, consulte el Capítulo 7, Sección A, página 105 o llame a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página.**

C. Acerca del Cuadro de beneficios

Este Cuadro de beneficios indica qué servicios paga el plan. Enumera las categorías de servicios en orden alfabético y explica los servicios cubiertos.

Pagaremos los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios solo cuando se cumplan las siguientes normas. Usted no paga nada por el servicio enumerado en el Cuadro de beneficios, siempre y cuando cumpla los requisitos de cobertura descritos a continuación.

- Sus servicios cubiertos de Medicare y Medicaid deben ser provistos según las normas establecidas por Medicare y Medicaid.
- Los servicios (entre ellos, cuidado médico, servicios, suministros, equipos y medicamentos) deben ser necesarios por razones médicas. Necesario por razones médicas significa que necesita los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica.
- Usted recibe el cuidado médico de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es aquel que trabaja con el plan de salud. En la mayoría de los casos, el plan no pagará el cuidado médico que usted recibe de un proveedor fuera de la red. En el Capítulo 3, Sección D, página 29 encontrará más información sobre el uso de proveedores de la red y fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de cuidado primario (PCP) o un equipo de cuidado médico que le provee y coordina su cuidado médico. En la mayoría de los casos, su PCP debe darle su aprobación antes de que usted pueda ver a otros proveedores de la red. Esto se denomina referido. En el Capítulo 3, Sección D, página 29 encontrará más información sobre cómo obtener un referido y se explica cuándo no necesita un referido.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

- Algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen primero nuestra aprobación. A esto se le conoce como *autorización previa*. Los servicios cubiertos que necesitan primero una aprobación están marcados con un asterisco (*) en el Cuadro de beneficios. Además, usted debe obtener primero la aprobación para los siguientes servicios que no están enumerados en el Cuadro de beneficios:
 - Desfibriladores cardioversores implantables automáticos (AICD, por sus siglas en inglés)
 - Procedimientos de control del dolor
 - Terapia hiperbárica
 - Pruebas y tratamientos de la infertilidad
 - Varices: tratamiento quirúrgico y escleroterapia
 - Dispositivos de asistencia ventricular
 - Implantes cardíacos
 - Estudios del sueño
 - Ecocardiograma transtorácico (TTE, por sus siglas en inglés)
 - Angioplastia coronaria/procedimientos de colocación de stents
 - Estimuladores del crecimiento óseo
 - Fusión vertebral
 - Mamografía 3D
 - Ecografía transcraneal
 - Endarterectomía carotídea (CEA, por sus siglas en inglés) y colocación de stents en la arteria carótida (CAS, por sus siglas en inglés) y Doppler de la carótida/aorta
 - Prueba de estrés pulmonar
 - Ecografía Doppler de extremidades
 - Registro del volumen del pulso
 - Ablación cardíaca
 - Cardioversión
 - Reemplazo valvular transaórtico (TAVR, por sus siglas en inglés)
 - Anestesia dental
 - Pruebas genéticas/moleculares
 - Dispositivos o implantes para la audición (auditivos)

Todos los servicios preventivos son gratuitos.

D. Cuadro de beneficios

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Prueba de detección de aneurisma de aorta abdominal</p> <p>El plan solo pagará una prueba de detección con ultrasonido por única vez para personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y con un referido de su médico, asistente del médico, profesional de enfermería o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>Copago de \$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Prueba de detección de abuso de alcohol y asesoramiento</p> <p>El plan pagará una prueba de detección de abuso de alcohol para los adultos que consumen alcohol en exceso pero que no son dependientes del alcohol. Incluye a las mujeres embarazadas.</p> <p>Si la prueba de abuso de alcohol le da positivo, puede obtener hasta cuatro sesiones informativas de asesoramiento en persona por año (si está lúcido y consciente durante el asesoramiento) con un proveedor de cuidado primario o médico acreditado en un ámbito de cuidado primario.</p>	<p>Copago de \$0</p>
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia de ala fija, ala rotatoria y terrestre. La ambulancia lo llevará al lugar más cercano donde puedan proveerle cuidado médico. Su afección debe tener la suficiente gravedad como para que otros medios de transporte a un lugar de cuidado médico pongan en riesgo su vida o su salud. Los servicios de ambulancia para otros casos deben estar aprobados por el plan.</p> <p>En casos que <i>no</i> son emergencias, el plan <i>podría</i> pagar una ambulancia. Consulte la sección sobre transporte para obtener información sobre el transporte que no tiene carácter de emergencia.</p>	<p>Copago de \$0</p>
<p>Medición de la masa ósea</p> <p>El plan paga por determinados procedimientos para los afiliados que son elegibles (generalmente alguien en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, detectan pérdida ósea o definen la calidad ósea. El plan pagará por los servicios una vez cada 24 meses o con más frecuencia si son necesarios por razones médicas. El plan también le pagará a un médico para que revise y dé su opinión sobre los resultados.</p>	<p>Copago de \$0</p>
<p>Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años en adelante • Exámenes clínicos de las mamas una vez cada 24 meses 	<p>Copago de \$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón)</p> <p>El plan pagará servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicio, educación y asesoramiento. Los afiliados deben cumplir con ciertas condiciones y contar con el referido de un médico. El plan también cubre programas <i>intensivos</i> de rehabilitación cardíaca, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>*Podría requerirse autorización previa o referido</p>
<p>Consulta de reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (del corazón) (terapia para enfermedad del corazón)</p> <p>El plan paga una consulta por año con su proveedor de cuidado primario para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad del corazón. Durante esta consulta, el médico puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • analizar el uso de la aspirina, • controlar su presión arterial, o • darle consejos para asegurarse de que está comiendo bien. 	<p>Copago de \$0</p>
<p>Prueba de detección de enfermedades cardiovasculares (del corazón)</p> <p>El plan paga por análisis de sangre para detectar enfermedad cardiovascular una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también detectan defectos debido al alto riesgo de enfermedad del corazón.</p>	<p>Copago de \$0</p>
<p>Prueba de detección de cáncer cervical y vaginal</p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Para las mujeres con alto riesgo de cáncer cervical: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses • Para mujeres con un resultado anormal en la prueba de Papanicolaou y en edad reproductiva: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses 	<p>Copago de \$0</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación 	<p>Copago de \$0</p> <p>*Podría requerirse autorización previa y/o referido</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios clínicos</p> <p>El plan paga por servicios clínicos que son preventivos, de diagnóstico, terapéuticos, rehabilitadores o paliativos.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>*Podría requerirse autorización previa y/o referido</p>
<p>Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Para las personas de 50 años de edad o mayores, el plan pagará por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección) cada 48 meses • Prueba de sangre oculta en heces, cada 12 meses • Prueba de guayacol para detectar sangre oculta en heces o prueba inmunoquímica fecal, cada 12 meses • Prueba de detección colorrectal basada en ADN, cada 3 años <p>Para las personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, el plan pagará una colonoscopia de detección (o enema de bario de detección) cada 24 meses</p> <p>Para las personas que no presentan alto riesgo de cáncer colorrectal, el plan pagará una colonoscopia de detección cada diez años (pero no dentro de los 48 meses de realizada una sigmoidoscopia de detección).</p>	<p>Copago de \$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de rehabilitación de salud mental en la comunidad</p> <p>El plan pagará por servicios de rehabilitación de salud mental en la comunidad necesarios por razones médicas. Es posible que se requiera autorización. Los servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitación psicosocial: servicios provistos a grupos de adultos en un entorno no residencial. Estos servicios suelen seguir un modelo de clubes que ofrece un entorno solidario que permite: <ul style="list-style-type: none"> – recibir una evaluación de la enfermedad mental, – aprender acerca de la enfermedad mental y los medicamentos que pueden ayudar, – aprender y usar habilidades para vivir de manera independiente, y – mejorar las habilidades sociales e interpersonales. • Tratamiento diurno/hospitalización parcial: servicios a corto plazo para estabilizar la afección psiquiátrica. Los servicios son intervenciones de duración limitada que son más intensivos que los servicios ambulatorios. • Servicios de desarrollo de habilidades de salud mental: servicios para ayudarlo a aprender habilidades funcionales y un comportamiento adecuado que puede necesitar en relación con su enfermedad mental para vivir de manera independiente en su comunidad. Los servicios se proveen en el ámbito más adecuado y menos restrictivo. • Tratamiento intensivo en la comunidad: una variedad de servicios que le ayudan a funcionar en la comunidad si tiene una enfermedad emocional grave y necesita niveles de apoyo intensivos. • Intervención en crisis: servicios de salud mental inmediatos para asistirle si sufre una emergencia psiquiátrica. Los servicios están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana. • Estabilización de crisis: servicios de salud mental directos disponibles si no está en el hospital y sufre una emergencia psiquiátrica que podría llevarle a ser incapaz de vivir en su comunidad actual. 	<p>Copago de \$0</p> <p>*Podría requerirse autorización previa y/o referido</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Conformidad de los envases</p> <p>Ayuda a los afiliados a tomar los medicamentos correctos en el momento correcto mediante el empaquetado de sus medicamentos de acuerdo con la dosis y el horario en que los deben tomar.</p> <p>*Limitado a afiliados con la exención para ancianos y discapacitados que reciben servicios controlados por el consumidor (EDCD) y padecen trastornos mentales severos.</p>	<p>Copago de \$0</p>
<p>Asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco</p> <p>Si usted consume tabaco pero no tiene signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> El plan pagará dos sesiones de asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio preventivo. Este servicio es gratuito. Cada sesión de asesoramiento para intentar dejar de fumar incluye hasta cuatro consultas en persona. <p>Si usted consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o toma medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> El plan pagará dos sesiones de asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses. Cada sesión de asesoramiento para intentar dejar de fumar incluye hasta cuatro consultas en persona. <p>Si está embarazada, puede obtener ayuda adicional para dejar de fumar. Consulte la sección acerca de servicios durante el embarazo para obtener más información.</p> <p>Tiene cubierto un beneficio adicional para dejar de fumar:</p> <ul style="list-style-type: none"> El plan pagará una sesión de asesoramiento adicional para dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio preventivo. Este servicio es gratuito. Cada sesión de asesoramiento para intentar dejar de fumar incluye hasta cuatro consultas en persona. Además usted es elegible para recibir productos de la terapia de reemplazo de nicotina (goma de mascar, pastillas y parches) a través de su beneficio de medicamentos de venta sin receta. 	<p>Copago de \$0</p>
<p>Servicios ordenados por el tribunal</p> <p>El plan pagará por todos los servicios ordenados por el tribunal necesarios por razones médicas.</p>	<p>Copago de \$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios dentales</p> <p>Humana Gold Plus Integrated pagará los servicios dentales provistos por un profesional médico cuando usted haya sufrido un accidente.</p> <p>También tiene cobertura para los siguientes beneficios dentales rutinarios adicionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 evaluación oral integral por año - 1 profilaxis (limpieza) por año - 1 empaste (de amalgama o composite) por año - 1 conjunto de radiografías de mordida por año - 1 radiografía panorámica cada 3 años 	<p>Copago de \$0</p>
<p>Prueba de detección de depresión</p> <p>El plan pagará una prueba de detección de depresión por año. La prueba de detección debe hacerse en un ámbito de cuidado primario que puede proveer referidos y tratamiento de seguimiento.</p>	<p>Copago de \$0</p>
<p>Prueba de detección de diabetes</p> <p>El plan pagará esta prueba de detección (incluye análisis de glucosa en ayunas) si usted tiene alguno de los siguientes factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial alta (hipertensión) • Antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • Obesidad • Antecedentes de nivel alto de azúcar (glucosa) en sangre <p>Los análisis pueden estar cubiertos en algunos otros casos, por ejemplo, si tiene sobrepeso o antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de los análisis, puede ser elegible para dos pruebas de detección de diabetes como máximo cada 12 meses</p>	<p>Copago de \$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, y servicios y suministros para la diabetes</p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que utilicen insulina o no):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar la glucosa en sangre, incluidos los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> – Un monitor de glucosa en sangre – Tiras reactivas de glucosa en sangre – Dispositivos para lancetas y lancetas – Soluciones para controlar la glucosa que permitan corroborar la exactitud de los monitores y las tiras reactivas • Para las personas con diabetes que tienen enfermedad de pie diabético grave, el plan pagará lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> – Un par de zapatos terapéuticos a medida (incluidas las plantillas) y dos pares extra de plantillas por año calendario, o – Un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas por año (sin incluir las plantillas removibles que no sean hechas a medida provistas con dichos zapatos) • El plan también pagará el ajuste de los zapatos terapéuticos a medida o zapatos profundos. • El plan pagará la capacitación para ayudarle a controlar la diabetes, en algunos casos. 	<p>Copago de \$0</p> <p>*Podría requerirse autorización previa y/o referido</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) y suministros relacionados</p> <p>El equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados son suministros y equipos necesarios por razones médicas que su médico le ha indicado que utilice en el hogar.</p> <p>Los siguientes artículos están cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muletas • Camas ortopédicas • Bomba de infusión IV • Nebulizadores • Equipos y suministros respiratorios y de oxígeno • Dispositivos ortopédicos • Bipedestadores inclinables • Andadores • Sillas de ruedas • Dispositivos generadores del habla <p>Es posible que se cubran <i>otros</i> artículos.</p> <p>Pagaremos todo equipo médico duradero necesario por razones médicas que Medicare y Medicaid generalmente pagan. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o no trabaja con un fabricante en particular, usted puede solicitar que se realice un pedido especial.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>*Podría requerirse autorización previa y/o referido</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de exención para ancianos y discapacitados que reciben servicios controlados por el consumidor (EDCD)</p> <p>Se trata de una exención para servicios comunitarios y domiciliarios cuyo propósito es proveer cuidado médico en la comunidad en lugar de hacerlo en un centro de enfermería. Los servicios de exención EDCC provistos por el plan incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado diurno de la salud para adultos: servicios de coordinación de rehabilitación y mantenimiento que recibe en un grupo durante el día. Estos servicios están pensados para ayudarle a mantenerse en buen estado para que no tenga que ingresar en un centro de enfermería. • Servicios de cuidado personal controlado por el consumidor y/o por una agencia: servicios de mantenimiento o apoyo a largo plazo que usted necesita para vivir en su casa en lugar de ir a un centro de enfermería. • Servicios de cuidado de relevo controlado por el consumidor y/o por una agencia: servicios de cuidado médico cuidado a corto plazo que se proporcionan cuando su cuidador no remunerado que normalmente le provee cuidado está ausente o necesita un descanso. • Facilitación de servicios controlados por el consumidor: ayuda para contratar, capacitar y supervisar a asistentes de cuidado personal que prestan servicios básicos relacionados con la salud. • Sistemas personalizados de respuesta ante emergencias: dispositivo electrónico y servicios de control que usted utiliza para obtener ayuda en una emergencia. Este beneficio está a disposición de algunas personas que tienen un alto riesgo de ingresar en un centro de enfermería u otra institución. • Servicios de control de medicamentos: dispositivo electrónico que le recuerda que tome sus medicamentos en las dosis y a las horas correctas. Este beneficio es para personas que tienen un alto riesgo de ingresar en un centro de enfermería u otra institución. • Coordinación de transición: ayuda para planear el traslado de un centro de enfermería a su hogar. • Servicios de transición: ayuda con los gastos del traslado de un centro de enfermería u otra institución a una residencia privada donde usted es responsable de sus propios gastos de la vida cotidiana. El centro de enfermería o institución incluye un arreglo de modo de vida operado por un proveedor certificado o con licencia. <p>Para obtener los servicios EDCC, el estado tiene que asegurarse de que usted cumple ciertos criterios. Si necesita servicios de exención EDCC, puede contactar a Humana Gold Plus Integrated al 1-855-280-4002 (TTY: 711) para preguntar por el proceso de solicitud de estos servicios. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. También puede llamar a la División de cuidado médico a largo plazo del estado al 804-225-4222 para obtener información adicional.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>*Podría requerirse autorización previa y/o referido</p> <p>Para los servicios y apoyos a largo plazo es posible que exista un pago a cargo del paciente. Cuando sus ingresos exceden la cantidad admisible, usted debe hacer una contribución para el pago de los servicios de cuidado médico a largo plazo. Esta contribución, conocida como el pago a cargo del paciente, es obligatoria si usted vive en un centro de enfermería o recibe servicios de exención EDCC. No obstante, es posible que no se vea obligado a pagar todos los meses.</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado médico en casos de emergencia</p> <p><i>El cuidado médico en casos de emergencia</i> significa servicios que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • son prestados por un proveedor capacitado para proveer servicios en casos de emergencia, y • son necesarios para tratar un caso de emergencia médica. <p>Una <i>emergencia médica</i> es una afección médica que implica dolor intenso o una lesión grave. La afección es tan grave que, si no se obtiene atención médica inmediata, cualquier persona con conocimientos medios de salud y medicina podría prever que resultará en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un grave peligro para su salud; o • un deterioro grave en las funciones corporales; o • una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; o • en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, es decir un trabajo de parto en curso cuando se presenten cualquiera de estas situaciones: <ul style="list-style-type: none"> – No hay tiempo suficiente para trasladarla de forma segura a otro hospital antes del alumbramiento. – El traslado puede suponer una amenaza para su salud o su seguridad o para la salud y la seguridad del bebé que está por nacer. <p>La cobertura de cuidado médico en casos de emergencia se provee dentro de los Estados Unidos y sus territorios.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Si recibe cuidado de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidado como paciente internado una vez estabilizada su emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que se siga cubriendo su cuidado médico. Puede permanecer en el hospital fuera de la red para su cuidado médico como paciente internado únicamente si el plan aprueba su estadía.</p>
<p>Control de enfermedades mejorado</p> <p>El alcance adicional para la gestión del cuidado médico mejorado implica contacto telefónico, evaluaciones en el hogar y referidos a servicios añadidos. Para afecciones como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control del peso • Control de afecciones crónicas • Salud y cuidado de la espalda 	<p>Copago de \$0</p> <p>*Podría requerirse autorización previa y/o referido</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de planificación familiar</p> <p>La ley le permite elegir a cualquier proveedor para que le proporcione determinados servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar.</p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de planificación familiar y tratamiento médico • Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico para la planificación familiar • Métodos de planificación familiar (píldoras anticonceptivas, parches, anillo, DIU, inyecciones, implantes) • Suministros de planificación familiar con receta (preservativo, esponja, espuma, película, diafragma, capuchón) • Asesoramiento y diagnóstico de infertilidad y servicios relacionados • Asesoramiento y detección de infecciones de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés), SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH • Tratamiento de infecciones de transmisión sexual (STI) • Esterilización voluntaria (debe tener 21 años de edad y firmar un formulario federal de consentimiento de esterilización. Deben pasar como mínimo 30 días pero no más de 180 entre la fecha en la que firma el formulario y la fecha de la cirugía). • Asesoramiento genético <p>El plan también pagará algunos servicios de planificación familiar adicionales. Sin embargo, debe ver a un proveedor de la red del plan para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de afecciones médicas de infertilidad (este servicio no incluye medios artificiales para lograr el embarazo) • Tratamiento del SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH • Pruebas genéticas 	<p>Copago de \$0</p> <p>*Es posible que se requiera autorización previa y/o referido para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento genético • Tratamiento de afecciones médicas de infertilidad • Tratamiento del SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH • Pruebas genéticas
<p>Programas de educación para la salud y el bienestar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Herramientas y materiales educativos de salud en línea e impresos • Asesoramiento nutricional • Programas de manejo de enfermedades 	<p>Copago de \$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Programas de educación para la salud y el bienestar</p> <p>Acondicionamiento físico</p> <p>Silver Sneakers es un programa de salud y bienestar cuyo objetivo es ayudar a las personas mayores a vivir estilos de vida activos y saludables al proveerles acceso a gimnasios asociados con clases específicas para adultos mayores. Estas clases se centran en la actividad física. El club de socios proporciona acceso a una orientación sobre el centro médico y los equipos junto con acceso a los servicios del club. Además, este programa incluye un paquete especializado para uso en el hogar que promueve el acondicionamiento físico y el ejercicio en casa para aquellas personas que no pueden tomar clases en un centro de acondicionamiento físico. Este paquete en casa incluye información y herramientas para que los afiliados ejerciten en sus propios hogares.</p>	<p>Copago de \$0</p>
<p>Programas de educación para la salud y el bienestar</p> <p>Programa de entrega de comidas con posterioridad al alta</p> <p>Luego de su estadía en el hospital o en un centro de enfermería como paciente internado, tiene derecho a recibir 2 comidas por día durante 5 días, sin costo para usted. Se le enviarán diez nutritivas comidas congeladas y precocidas a su casa. El programa de comidas se limita a 4 veces por año calendario.</p> <p>Contáctese con Well Dine al 1-866-96MEALS (1-866-966-3257) para obtener más detalles o aprovechar este beneficio después de su alta.</p>	<p>Copago de \$0</p>
<p>Programas de educación para la salud y el bienestar</p> <p>Educación para el embarazo</p> <p>Servicios de educación del paciente para mujeres embarazadas, incluso doce clases en un ámbito de enseñanza organizado y planificado. Se permiten seis sobre educación sobre el parto y seis sobre educación sobre crianza.</p>	<p>Copago de \$0</p>
<p>Programas de educación para la salud y el bienestar</p> <p>Educación nutricional en el embarazo</p> <p>Tres clases de servicios de educación nutricional para todas las mujeres embarazadas. Incluye una evaluación nutricional sobre hábitos alimentarios y dos seguimientos.</p>	<p>Copago de \$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios para la audición</p> <p>El plan paga por pruebas de la audición y el equilibrio realizadas por su proveedor. Estas pruebas le indican si necesita tratamiento médico. Están cubiertas como cuidado médico ambulatorio cuando las realiza un médico, audiólogo u otro proveedor acreditado.</p> <p>El plan también cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas auditivas básicas y avanzadas • Asesoramiento en audífonos • Evaluación de audífonos • Ajustes ilimitados para audífonos • Audífonos, uno por oído cada tres años • Beneficio máximo de \$1,000 para audífonos cada 3 años • 16 baterías de audífonos por año 	<p>Copago de \$0</p> <p>*Podría requerirse autorización previa y/o referido</p>
<p>Prueba de detección de VIH</p> <p>El plan paga una prueba de detección de VIH cada 12 meses para las personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • solicitan una prueba de detección de VIH, o • corren un mayor riesgo de infección por VIH. <p>En el caso de las mujeres embarazadas, el plan paga hasta tres pruebas de detección de VIH durante el embarazo.</p>	<p>Copago de \$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de agencias de cuidado médico en el hogar</p> <p>Antes de que pueda recibir servicios de cuidado médico en el hogar, un médico debe decirnos que usted los necesita. Estos servicios deben ser provistos por una agencia de cuidado médico en el hogar.</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios y posiblemente otros servicios no enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de enfermería especializada de medio tiempo o intermitente y servicios de un asistente de cuidado médico en el hogar. (Para tener cobertura conforme al beneficio de cuidado médico en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y de un asistente de cuidado médico en el hogar combinados deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios sociales y médicos • Equipos y suministros médicos 	<p>Copago de \$0</p> <p>*Podría requerirse autorización previa y/o referido</p>
<p>Servicios de asistente de cuidado médico en el hogar</p> <p>El plan cubre servicios de un enfermero titulado o un asistente de cuidado médico en el hogar para los afiliados que sean elegibles. Los servicios de asistente de cuidado médico en el hogar se limitan a 32 consultas por año. Los servicios pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos de rehabilitación, incluida terapia física, ocupacional, y del habla y del lenguaje • Inyecciones de vitamina B-12 • Inyecciones de insulina • Lavado del catéter y vía central • Extracciones de sangre para personas que se encuentran en un estado médico no estable o tienen obesidad mórbida • Cambio de catéteres permanentes 	<p>Copago de \$0</p> <p>*Podría requerirse autorización previa y/o referido</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Vacunas</p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la influenza, una vez al año durante el otoño o el invierno • Vacuna contra la hepatitis B si su riesgo de contraer hepatitis B es alto o intermedio • Otras vacunas si usted se encuentra en riesgo y las vacunas cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>El plan pagará otras vacunas que cumplen con las normas de cobertura de la Parte D de Medicare. Consulte el Capítulo 6, Sección G, página 102, para más información.</p>	<p>Copago de \$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado hospitalario a pacientes internados</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios y posiblemente otros servicios no enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es necesaria por razones médicas) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios regulares de enfermería • Costos de unidades de cuidado médico especial (como unidades de cuidado intensivo o de cuidado coronario) • Fármacos y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Rayos X y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Aparatos, como sillas de ruedas • Servicios del quirófano y la sala de recuperación • Terapia física, ocupacional y del habla • Servicios de tratamiento por trastornos por uso de sustancias para pacientes internados, incluida la desintoxicación médica en un ámbito de cuidado agudo (consulte Tratamiento por trastornos por uso de sustancias para obtener más información sobre estos servicios) • En ciertas circunstancias, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, de riñón, de riñón/páncreas, de corazón, de hígado, de pulmón, corazón/pulmón, de médula ósea, de células madre e intestinal/multivisceral. Consulte la sección acerca de trasplantes para obtener más información. • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración <ul style="list-style-type: none"> – El plan pagará por sangre completa y glóbulos rojos empacados y otros artículos relacionados con la sangre y comienza con la primera pinta de sangre usada. • Servicios de médicos 	<p>Copago de \$0</p> <p>Usted debe obtener la aprobación del plan para seguir recibiendo cuidado médico como paciente internado en un hospital fuera de la red después de que su emergencia está bajo control.</p> <p>*Podría requerirse autorización previa y/o referido</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado de la salud mental a pacientes internados</p> <ul style="list-style-type: none"> • El plan pagará por servicios de cuidado de la salud mental que requieren una estadía en el hospital. • El plan pagará por servicios de cuidado de la salud mental requeridos por una orden de detención temporal (TDO, por sus siglas en inglés). Un tribunal puede pedir una TDO cuando una persona presenta un riesgo sustancial de dañarse a sí misma o a otras personas. La Junta de servicios de la comunidad local realiza entonces una evaluación psiquiátrica para determinar si una hospitalización involuntaria es necesaria. 	<p>Copago de \$0</p> <p>*Podría requerirse autorización previa y/o referido</p>
<p>Servicios como paciente internado cubiertos durante una estadía como paciente internado no cubierta</p> <p>Si su estadía como paciente internado no es necesaria por razones médicas, el plan no la pagará.</p> <p>Sin embargo, en algunos casos el plan pagará los servicios que usted recibe mientras está en el hospital o un centro de enfermería. El plan pagará los siguientes servicios y posiblemente otros servicios no enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios del médico • Pruebas de diagnóstico, como pruebas de laboratorio • Rayos X, radio y terapia de isótopos, que incluye materiales y servicios técnicos • Vendajes quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones • Dispositivos ortopédicos y protésicos, que no sean dentales, incluidos los reemplazos o las reparaciones de dichos dispositivos. Estos son dispositivos que: <ul style="list-style-type: none"> – reemplazan toda o una parte de un órgano interno (incluido el tejido contiguo), o – reemplazan toda o una parte de la función de un órgano interno del cuerpo que no funciona o funciona mal. • Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello, bragueros, y piernas, brazos y ojos artificiales. Incluye el ajuste, la reparación y el reemplazo por rotura, uso, pérdida o cambios en la afección del paciente • Terapia física, ocupacional y del habla 	<p>Copago de \$0</p> <p>*Podría requerirse autorización previa y/o referido</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios y suministros para enfermedad renal</p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación para enfermedad renal con el fin de enseñar cuidados del riñón y ayudar a los afiliados a tomar buenas decisiones con respecto a su cuidado médico. Debe tener enfermedad renal crónica en estadio IV y su médico debe darle un referido. El plan cubrirá hasta seis sesiones de servicios de educación para enfermedad renal. • Tratamientos de diálisis como paciente ambulatorio, incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra fuera del área de servicio temporalmente, tal como se explica en el Capítulo 3, Sección B, página 26. • Tratamientos de diálisis como paciente internado si es hospitalizado para recibir cuidado médico especial. • Capacitación para la autodiálisis, incluida la capacitación para usted y cualquier otra persona que colabore en los tratamientos de diálisis en su hogar. • Equipos y suministros para tratamientos de diálisis en el hogar. • Ciertos servicios de asistencia en el hogar, como consultas necesarias de personal capacitado en diálisis para controlar el tratamiento de diálisis en el hogar, para colaborar en emergencias y para revisar los equipos de diálisis y el suministro de agua. <p>Su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare paga algunos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare” en este cuadro.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>*Podría requerirse autorización previa y/o referido</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)</p> <p>El plan cubrirá sus servicios y apoyos a largo plazo (LTSS). LTSS ayuda a las personas mayores o con discapacidades con sus necesidades diarias. Antes de recibir LTSS, Humana Gold Plus Integrated se asegurará de que sea elegible para los servicios. LTSS incluye ayuda con las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bañarse • Vestirse • Ir al baño • Transferencias (por ejemplo, moverse entre la cama, la silla y/o la silla de ruedas) • Lavandería • Preparación de comidas • Tareas domésticas • Transporte <p>LTSS también incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de centros de enfermería (consulte la sección sobre cuidado en centros de enfermería para más información) • Servicios de exención para ancianos y discapacitados que reciben servicios controlados por el consumidor (EDCD) (consulte la sección acerca de los servicios de exención EDCD para más información) 	<p>Para los servicios y apoyos a largo plazo es posible que exista un pago a cargo del paciente. Cuando sus ingresos exceden la cantidad admisible, usted debe hacer una contribución para el pago de los servicios de cuidado médico a largo plazo. Esta contribución, conocida como el pago a cargo del paciente, es obligatoria si usted vive en un centro de enfermería o recibe servicios de exención EDCD. No obstante, es posible que no se vea obligado a pagar todos los meses.</p> <p>*Podría requerirse autorización previa y/o referido</p> <p>*Es posible que se requiera una exención</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Prueba de detección de cáncer de pulmón</p> <p>El plan pagará pruebas de detección de cáncer pulmonar cada 12 meses si usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tiene entre 55 y 77 años, y • realiza una consulta de asesoramiento y toma de decisión compartida con su médico u otro proveedor acreditado, y • ha fumado al menos un paquete de cigarrillos durante 30 años y no tiene ningún signo o síntoma de cáncer de pulmón, o fuma ahora o ha dejado de fumar en los últimos 15 años. <p>Después de la primera prueba de detección, el plan pagará una prueba de detección cada año con una orden escrita de su médico u otro proveedor acreditado.</p>	<p>Copago de \$0</p>
<p>Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio está destinado a las personas con diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También se utiliza después de un trasplante de riñón con el referido de su médico.</p> <p>El plan pagará tres horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año que recibe servicios de terapia de nutrición médica en virtud de Medicare. (Esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare). De allí en adelante, pagaremos por dos horas de servicios de asesoramiento personalizado por año. Si su afección, su tratamiento o su diagnóstico cambian, quizás pueda recibir más horas de tratamiento con el referido de un médico. Un médico debe prescribir estos servicios y renovar el referido cada año si usted necesita tratamiento durante el año calendario siguiente.</p>	<p>Copago de \$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos en virtud de la Parte B de Medicare. Humana Gold Plus Integrated pagará por los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que usted generalmente no se administra solo y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios del médico, servicios ambulatorios en un hospital o servicios en un centro de cirugía ambulatoria • Medicamentos que recibe mediante la utilización de equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan • Factores coagulantes que usted se administra a sí mismo por inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito a la Parte A de Medicare al momento del trasplante de órganos • Medicamentos para la osteoporosis que se inyectan. Estos medicamentos se pagan si usted está recluido en el hogar, si ha sufrido una fractura y un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica, y no puede inyectarse usted solo el medicamento • Antígenos • Determinados medicamentos anticancerígenos orales y medicamentos antieméticos • Ciertos medicamentos para diálisis en su hogar, incluyendo heparina, antídoto para heparina cuando sea necesario por razones médicas, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (tales como Epogen®, o Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulina IV para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria <p>➤ En el Capítulo 5, Sección Introducción, página 84 se explica el beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Se explican las reglas que usted debe seguir para que sus medicamentos recetados estén cubiertos.</p> <p>➤ En el Capítulo 6, Sección Introducción, página 97 se explica lo que usted paga por sus medicamentos recetados como paciente ambulatorio a través de nuestro plan.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>*Podría requerirse autorización previa y/o referido</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Medicamentos de venta sin receta que no pertenecen a Medicaid Usted es elegible para un subsidio mensual de \$25 que se utiliza para la compra de productos para la salud y el bienestar de venta sin receta (OTC) disponibles a través de Humana Pharmacy®, nuestra farmacia de pedido por correo. Puede obtener el formulario de pedido llamando a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página.</p>	<p>Copago de \$0</p>
<p>Línea telefónica de asesoramiento de enfermería (HumanaFirst®) Si tiene preguntas sobre síntomas que está teniendo pero no está seguro si necesita ver a su médico, Humana puede ayudarle. Llame a HumanaFirst, nuestra línea de asesoramiento para afiliados, las 24 horas del día, los siete días de la semana, al 1-855-235-8579 (TTY: 711). Será atendido por enfermeros que pueden ayudarle a abordar sus preocupaciones de salud inmediatas y pueden responder preguntas acerca de afecciones médicas particulares.</p>	<p>Copago de \$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado médico en un centro de enfermería y cuidado médico en un centro de enfermería especializada</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios y posiblemente otros servicios no enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es necesario por razones médicas) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos que se le administran como parte de su plan de cuidado médico, incluidas sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como factores coagulantes de la sangre • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración <ul style="list-style-type: none"> – El plan pagará por sangre completa y glóbulos rojos empacados y otros artículos relacionados con la sangre a partir de la primera pinta de sangre usada • Suministros médicos y quirúrgicos ofrecidos por centros de enfermería • Pruebas de laboratorio proporcionadas por centros de enfermería • Rayos X y otros servicios de radiología proporcionados por centros de enfermería • Aparatos, como sillas de ruedas, normalmente ofrecidos por los centros de enfermería • Servicios de médicos/proveedores <p>Normalmente recibirá el cuidado médico en centros médicos de la red. Sin embargo, es posible que pueda obtener cuidado médico de un centro médico que no esté incluido en nuestra red. Puede obtener cuidado médico de los siguientes lugares si aceptan los montos de nuestro plan para el pago:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de ancianos o una comunidad de jubilación con cuidado médico continuo donde estaba viviendo justo antes de ingresar al hospital (siempre que se proporcione cuidado médico de enfermería especializada). • Un centro de enfermería donde viva su cónyuge en el momento en el que usted sale del hospital. • El hogar de ancianos donde estaba viviendo cuando se inscribió en Humana Gold Plus Integrated. 	<p>Para los servicios y apoyos a largo plazo es posible que exista un pago a cargo del paciente. Cuando sus ingresos exceden la cantidad admisible, usted debe hacer una contribución para el pago de los servicios de cuidado médico a largo plazo. Esta contribución, conocida como el pago a cargo del paciente, es obligatoria si usted vive en un centro de enfermería o recibe servicios de exención EDCD. No obstante, es posible que no se vea obligado a pagar todos los meses.</p> <p>La responsabilidad de pago del paciente no se aplica a los días cubiertos por Medicare en un centro de enfermería.</p> <p>Debe cumplir los criterios del estado, DMAS y cuidado médico a largo plazo.</p> <p>*Podría requerirse autorización previa y/o referido</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Enfermeras obstétricas</p> <p>El plan cubrirá los servicios suministrados por enfermeras obstétricas según lo permiten los requisitos de licenciamiento del estado y la ley federal.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>*Podría requerirse autorización previa y/o referido</p>
<p>Prueba de detección de la obesidad y tratamiento para mantener un peso bajo</p> <p>Si su índice de masa corporal es de 30 o más, el plan pagará por asesoramiento para ayudarlo a bajar de peso. Debe recibir el asesoramiento en un ámbito de cuidado primario. De esa forma, se puede administrar dentro de su plan de prevención completo. Hable con su proveedor de cuidado primario para obtener más información.</p>	<p>Copago de \$0</p>
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios y posiblemente otros servicios no enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rayos X • Radioterapia (radio e isótopo), incluidos los suministros y materiales del técnico • Suministros quirúrgicos, como vendas • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias 	<p>Copago de \$0</p> <p>*Podría requerirse autorización previa y/o referido</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>El plan paga los servicios necesarios por razones médicas que usted recibe en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios y posiblemente otros servicios no enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencia o clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía ambulatoria • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Servicios de cuidado de la salud mental, incluido el cuidado médico en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sin ese cuidado médico se necesitaría un tratamiento como paciente internado • Rayos X y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos, tales como férulas y yesos • Algunas pruebas de detección y servicios preventivos • Algunos medicamentos que usted no se puede administrar solo 	<p>Copago de \$0</p> <p>*Podría requerirse autorización previa y/o referido</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de cuidado de la salud mental como paciente ambulatorio</p> <p>El plan pagará los servicios de cuidado de la salud mental provistos por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un psiquiatra o un médico con licencia del estado, • un psicólogo clínico, • un trabajador social clínico, • un especialista en enfermería clínica, • un profesional médico de enfermería, • un asistente del médico, o • cualquier otro profesional de cuidado de la salud mental acreditado por Medicare, de acuerdo con lo permitido en virtud de las leyes estatales aplicables. <p>El plan pagará los siguientes servicios necesarios por razones médicas y posiblemente otros servicios no enumerados aquí. Los servicios pueden requerir autorización. El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes diagnósticos psiquiátricos • Psicoterapia médica individual • Psicoterapia médica grupal • Psicoterapia médica familiar • Terapia electroconvulsiva • Pruebas psicológicas/neuropsicológicas • Gestión de los medicamentos (estas consultas no cuentan como parte de sus consultas anuales máximas) • Servicios de tratamiento y apoyo por el uso de sustancias para pacientes ambulatorios (consulte Tratamiento por trastornos por uso de sustancias para obtener más información sobre estos servicios) 	<p>Copago de \$0</p> <p>*Podría requerirse autorización previa y/o referido</p>
<p>Servicios de rehabilitación como paciente ambulatorio</p> <p>El plan pagará por la terapia física, ocupacional y del habla.</p> <p>Usted puede obtener servicios de rehabilitación ambulatoria en los departamentos de pacientes ambulatorios de un hospital, los consultorios de terapeutas independientes, los Centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) y otros centros médicos.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>*Podría requerirse autorización previa y/o referido</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cirugía ambulatoria</p> <p>El plan pagará por la cirugía ambulatoria y los servicios en centros ambulatorios de un hospital y centros de cirugía ambulatoria.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>*Podría requerirse autorización previa y/o referido</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p><i>La hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece en el ámbito ambulatorio de un hospital o por un centro de salud mental de la comunidad. Es más intenso que el cuidado médico que usted recibe en el consultorio de su médico o terapeuta. Puede ayudarle a evitar tener que estar internado en el hospital.</p> <p>Consulte Tratamiento por trastornos por uso de sustancias para obtener más información sobre los programas de hospitalización parcial por uso de sustancias.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>*Podría requerirse autorización previa y/o referido</p>
<p>Control de plagas</p> <p>El plan cubre servicios de control de plagas 4 veces por año con \$65 como máximo por servicio. El beneficio solo puede utilizarse una vez cada 3 meses.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>El servicio de control de plagas excluye Cimex Lectularius Linnaeus (Insecta: Hemiptera: Cimicidae), o comúnmente conocidos como chinches</p> <p>*Podría requerirse autorización previa y/o referido</p> <p>Se requiere cumplir con los requisitos para la exención para ancianos y discapacitados que reciben servicios controlados por el consumidor (EDCD)</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios del médico/proveedor, incluidas las visitas al consultorio</p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de cuidado de la salud o servicios de cirugía necesarios por razones médicas proporcionados en lugares como: <ul style="list-style-type: none"> – consultorio del médico – centro de cirugía ambulatoria certificado – departamento para pacientes ambulatorios de un hospital • Consulta, diagnóstico y tratamiento de un especialista • Exámenes básicos de la audición y el equilibrio realizados por su proveedor de cuidado primario, si su médico los indica para determinar si necesita tratamiento • Algunos servicios de telesalud (también llamado telemedicina), que es cuando su proveedor usa conexiones interactivas/de video para compartir información con otros proveedores para ayudar a diagnosticar, tratar o vigilar su afección. Los proveedores pueden utilizar servicios de telesalud solo en áreas aprobadas y solo si usted está de acuerdo. • Segunda opinión por parte de un profesional del cuidado de la salud acreditado dentro de la red de proveedores, u organizaremos lo necesario para que obtenga una segunda opinión de alguno fuera de la red de proveedores, sin ningún costo. • Cuidado dental no rutinario. Los servicios cubiertos están limitados a: <ul style="list-style-type: none"> – cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, – fijación de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, – extracción de dientes antes de tratamientos de radiación para enfermedades neoplásicas, o – servicios que estarían cubiertos si fueran provistos por un médico. 	<p>Copago de \$0</p> <p>*Podría requerirse autorización previa y/o referido</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de podología</p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo martillo o espolón calcáneo) • Cuidado rutinario de los pies para afiliados con afecciones que afectan a las piernas, como diabetes <p>También tiene cubiertos servicios de podología adicionales. Puede realizar 6 consultas por año sin necesidad de referido a un especialista de la red para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento del pie plano o de otras desviaciones estructurales de los pies • Eliminación de callos • Eliminación de verrugas • Eliminación de callosidades • Higiene 	<p>Copago de \$0</p> <p>*Podría requerirse autorización previa y/o referido</p>
<p>Servicios para el embarazo</p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios relacionados con el embarazo: clases de educación sobre el embarazo, evaluación y asesoramiento nutricional, servicios de personal doméstico, medidores de glucosa y sangre si son necesarios por razones médicas y consultas de seguimiento si deja el hospital antes de que pasen 48 horas desde que ha tenido a su bebé.</p> <p>El plan también paga por la coordinación de servicios si tiene un embarazo de alto riesgo. Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una evaluación para determinar sus necesidades psicosociales, nutricionales y médicas • Un plan para ayudarle a obtener lo que necesita para su embarazo • Ayuda para conectarle con proveedores y asegurar que todos sus proveedores trabajan juntos • Asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco 	<p>Copago de \$0</p> <p>*Podría requerirse autorización previa y/o referido</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Pruebas de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años de edad o mayores, el plan pagará por los siguientes servicios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un tacto rectal • Una prueba del antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés) 	<p>Copago de \$0</p>
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Los <i>dispositivos protésicos</i> reemplazan total o parcialmente una parte o función del cuerpo. El plan pagará los siguientes dispositivos protésicos y posiblemente otros dispositivos no enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado médico de la colostomía • Marcapasos • Arnéses • Zapatos ortopédicos • Brazos y piernas artificiales • Prótesis de mama (incluidos los sostenes quirúrgicos después de una mastectomía) • Prótesis ocular <p>El plan también pagará algunos suministros relacionados con los dispositivos protésicos. También pagará la reparación o el reemplazo de los dispositivos protésicos.</p> <p>El plan ofrece cierta cobertura después de una extirpación o cirugía de cataratas. Consulte “Cuidado de la vista” en esta sección, página 78, para conocer los detalles.</p> <p>El plan no pagará por dispositivos protésicos dentales.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>*Podría requerirse autorización previa y/o referido</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>El plan pagará por programas de rehabilitación pulmonar para los afiliados que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave. El afiliado debe contar con un referido para rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trata la EPOC.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>*Podría requerirse autorización previa y/o referido</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado médico de relevo</p> <p>Servicios de relevo domiciliario que permite a los afiliados permanecer en sus hogares y recibir cuidado médico que, generalmente, recibirían por parte de un familiar u otro cuidador no remunerado.</p>	<p>Para los servicios y apoyos a largo plazo es posible que exista un pago a cargo del paciente. Cuando sus ingresos exceden la cantidad admisible, usted debe hacer una contribución para el pago de los servicios de cuidado médico a largo plazo. Esta contribución, conocida como el pago a cargo del paciente, es obligatoria si usted vive en un centro de enfermería o recibe servicios de exención EDCD. No obstante, es posible que no se vea obligado a pagar todos los meses.</p> <p>Hasta 480 horas por año calendario.</p> <p>*Podría requerirse autorización previa y/o referido</p> <p>Se requiere cumplir con los requisitos de elegibilidad de la exención para ancianos y discapacitados que reciben servicios controlados por el consumidor (EDCD)</p>
<p>Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual (STI) y asesoramiento</p> <p>El plan cubrirá pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para mujeres embarazadas y algunas personas que corren más riesgo de sufrir STI. Un proveedor de cuidado primario debe ordenar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo.</p> <p>El plan también cubrirá hasta dos sesiones personalizadas de asesoramiento conductual muy intensivo por año para adultos sexualmente activos que corren más riesgo de sufrir STI. Cada sesión puede durar entre 20 y 30 minutos. El plan pagará estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo solo si están a cargo de un proveedor de cuidado primario. Las sesiones se deben realizar en un ámbito de cuidado primario, como en un consultorio médico.</p>	<p>Copago de \$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Tratamiento por trastornos por uso de sustancias</p> <p>A partir del 1 de abril de 2017 (a menos que se indique algo diferente), el plan pagará los siguientes servicios de tratamiento por trastornos por uso de sustancias cuando sean necesarios por razones médicas. Los servicios pueden requerir autorización.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administración de casos por uso de sustancias. El plan paga los siguientes servicios a los afiliados y sus familias: <ul style="list-style-type: none"> – asistencia para acceder a servicios necesarios de tratamiento médico, psiquiátrico y por trastornos por uso de sustancias – asistencia para conectarse con recursos sociales, educativos, vocacionales y otros apoyos esenciales para satisfacer las necesidades básicas • Detección, intervención breve y referidos a tratamiento (SBIRT, por sus siglas en inglés). El plan paga servicios que ayudan a identificar a los afiliados que pueden tener problemas de consumo de alcohol o uso de otras sustancias. Después de realizar pruebas de detección, el plan provee una intervención breve para educar a los afiliados sobre el uso, alertarlos sobre las posibles consecuencias y, si es necesario, ayudarles a conectarse con servicios de tratamiento. • Servicios de tratamiento por el uso de sustancias como paciente ambulatorio. El plan paga: <ul style="list-style-type: none"> – asistencia para acceder a servicios necesarios de tratamiento médico, psiquiátrico y por trastornos por uso de sustancias – valoración, evaluación y gestión de los medicamentos – asesoramiento individual, familiar y grupal realizado en persona, por teléfono o por telesalud • Servicios de recuperación con pares (a partir del 1 de julio de 2017). El plan paga los servicios de especialistas en recuperación con pares, que son personas en recuperación del uso de sustancias o trastornos de salud mental coexistentes. Los especialistas en recuperación con pares trabajan con los afiliados y los familiares que brindan asistencia que se ven afectados por el uso de sustancias o trastornos de salud mental y proporcionan apoyo para la recuperación de manera tal que los demás puedan beneficiarse a partir de sus experiencias. • Intervención en crisis. El plan paga el cuidado inmediato de los afiliados que sufren una disfunción aguda que requiere atención clínica inmediata. Este servicio tiene como fin impedir que su afección empeore, impedir que se lesione o lesione a otras personas y proporcionar tratamiento en el entorno menos restrictivo posible. Los servicios están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana. 	<p>Copago de \$0</p> <p>*Podría requerirse autorización previa y/o referido</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<ul style="list-style-type: none"> <p>Programas ambulatorios intensivos por el uso de sustancias. El plan paga servicios estructurados provistos para satisfacer las necesidades complejas de los afiliados con adicciones y afecciones de salud mental coexistentes. Los servicios se proporcionan antes y después del trabajo o la escuela, de noche y los fines de semana. Los servicios se proporcionan por un mínimo de nueve (9) horas, hasta un máximo de diecinueve (19) horas por semana.</p> <p>Programas de hospitalización parcial por el uso de sustancias. El plan paga un nivel más alto de servicios estructurados para los afiliados con trastornos por uso de sustancias. Estos servicios incluyen 20 horas o más de tratamiento clínicamente intensivo por semana, que puede incluir varios tratamientos diurnos por semana en un ámbito no residencial.</p> <p>Tratamiento residencial por el uso de sustancias. El plan paga el tratamiento por trastornos por uso de sustancias para los afiliados que no necesitan hospitalización pero que requieren más estructura que la que se puede proporcionar con servicios ambulatorios. Los servicios residenciales están diseñados como estadias a corto plazo e incluyen una combinación de servicios terapéuticos, como psicoeducación, supervisión terapéutica y tratamiento psiquiátrico.</p> <p>Tratamiento como paciente internado por el uso de sustancias. El plan paga servicios proporcionados a los afiliados que sufren una emergencia médica debido al uso de sustancias en un ámbito de cuidado para afecciones agudas o una unidad psiquiátrica para pacientes internados. Una vez estables desde el punto de vista médico, las personas pasan a un nivel menor de cuidado.</p> <p>Tratamiento de opiáceos. El plan paga los servicios proporcionados por un médico y asesor con licencia para tratar a los afiliados con adicción severa a opiáceos, como fentanilo, heroína y opiáceos recetados. El tratamiento combina terapias psicológicas y psicoeducativas con la administración o despacho de medicamentos de tratamiento agonistas opiáceos.</p> 	



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Órdenes de detención temporal (TDO) y Órdenes de custodia de emergencia (ECO, por sus siglas en inglés)</p> <p>Una orden de detención temporal, también llamada TDO, es una orden del tribunal que requiere que se mantenga a una persona en un centro psiquiátrico para su evaluación psiquiátrica.</p> <p>Una orden de custodia de emergencia, también llamada ECO, se emite si una persona tiene que ser retenida contra su voluntad mientras espera una evaluación TDO o mientras espera por una cama de hospital después de una evaluación TDO.</p> <p>El plan cubrirá los servicios como resultado de una TDO o una ECO para valorar la necesidad de tratamiento y hospitalización psiquiátrica. Si un juez determina que usted puede ser transferido sin consecuencias médicas perjudiciales, el plan puede transferirle a otro centro médico para su cuidado y tratamiento.</p>	<p>Copago de \$0</p>
<p>Trasplantes</p> <p>En ciertas circunstancias, el plan pagará por los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, renal, renal/pancreático, cardíaco, hepático, pulmonar, cardíaco/pulmonar, de médula ósea, de células madres e intestinal/multivisceral.</p> <p>Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, entonces usted puede recibir sus servicios de trasplante localmente o en un lugar distante fuera del área de servicio. Si Humana Gold Plus Integrated provee servicios de trasplantes en un lugar distante fuera del área de servicio y usted opta por realizarse su trasplante allí, coordinaremos o pagaremos los costos de traslado y alojamiento para usted y otra persona.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>*Podría requerirse autorización previa y/o referido</p>
<p>Transporte</p> <p>El plan paga por cualquier trayecto necesario por razones médicas. Los traslados que no son de emergencia se consideran necesarios por razones médicas cuando usted necesite recibir ayuda para acudir a sus citas. El plan cubre los siguientes tipos de transporte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todo el transporte de emergencia • Transporte aéreo que no es de emergencia • Ambulancia terrestre que no es de emergencia • Furgonetas para camillas • Furgonetas para sillas de ruedas • Autobús público • Chófer registrado/voluntario • Taxis 	<p>Copago de \$0</p> <p>*Podría requerirse autorización previa y/o referido</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado que se necesita con urgencia</p> <p><i>El cuidado que se necesita con urgencia es el que se proporciona para tratar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • un incidente que no sea una emergencia, o • una enfermedad repentina, o • una lesión, o • una afección que requiera cuidado médico de inmediato. <p>Si usted requiere cuidado que se necesita con urgencia, primero debe tratar de recibirlo de un proveedor de la red. Sin embargo, puede utilizar proveedores fuera de la red cuando no pueda acceder a un proveedor de la red.</p> <p>Tiene cubierto el cuidado que se necesita con urgencia en los Estados Unidos y sus territorios.</p>	<p>Copago de \$0</p>
<p>Cuidado de la vista</p> <p>El plan cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes rutinarios de la vista, que incluyen refracción, hasta uno por año • Anteojos (lentes y monturas) limitados a un par por año • Lentes de contacto limitados a un par por año • Cantidad del beneficio máximo cubierto de \$100 para lentes de contacto, anteojos (lentes y monturas) por año <p>El plan paga por servicios del médico para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares. Por ejemplo, incluye exámenes de la vista anuales por retinopatía diabética para personas con diabetes y tratamiento para degeneración macular relacionada con la edad.</p> <p>Para las personas con alto riesgo de glaucoma, el plan paga una prueba de detección de glaucoma por año. Entre las personas con alto riesgo de glaucoma se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • personas con antecedentes familiares de glaucoma, • personas con diabetes, • afroamericanos que tengan 50 años o más, y • estadounidenses hispanos de 65 años o más. <p>El plan paga por un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas cuando el médico inserta una lente intraocular. (Si se le realizan dos cirugías de cataratas separadas, debe recibir un par de anteojos después de cada cirugía. No puede recibir dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, aunque no haya recibido un par de anteojos después de la primera).</p>	<p>Copago de \$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>El plan cubre la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” que se realiza una sola vez. La consulta incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una revisión de su salud, • educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas pruebas de detección y vacunas), y • referidos para otro tipo de cuidado médico si lo necesita. <p>Importante: cubrimos la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” solo durante los primeros 12 meses en los que tiene la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, dígame al personal del consultorio de su médico que quisiera concertar su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>Copago de \$0</p>
<p>Consulta de bienestar</p> <p>El plan cubre controles de bienestar para elaborar o actualizar un plan de prevención.</p>	<p>Copago de \$0</p>

E. Beneficios cubiertos fuera de Humana Gold Plus Integrated

Los siguientes servicios no están cubiertos por Humana Gold Plus Integrated pero están disponibles a través de Medicare o Medicaid.

Cuidado de hospicio

Si opta por inscribirse en un programa de hospicio, será desafiliado de Humana Gold Plus Integrated y recibirá todos sus servicios y cuidado médico a través de Medicare y Medicaid estándar. Usted puede recibir cuidado médico de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Usted tiene el derecho de elegir un hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y que se prevé que le quedan seis meses de vida o menos. Su médico de hospicio puede ser un proveedor de la red o uno fuera de la red.

En el caso de los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare relacionados con su pronóstico terminal:

- El proveedor del hospicio le facturará a Medicare los servicios que usted reciba. Medicare pagará los servicios de hospicio relacionados con su pronóstico terminal. Usted no paga nada por estos servicios.

En el caso de los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que no se relacionan con su pronóstico terminal (excepto cuidado en casos de emergencia o cuidado que se necesita con urgencia):

- El proveedor le facturará a Medicare los servicios que usted reciba. Medicare pagará los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare. Usted no paga nada por estos servicios.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Servicios de Coordinación de servicios individualizados

También puede recibir servicios de Coordinación de servicios individualizados (TCM, por sus siglas en inglés) directamente del Departamento de Servicios de Asistencia Médica (Department of Medical Assistance Services) de Virginia. TCM ofrece asistencia a personas con enfermedades mentales graves para que accedan a sus apoyos médicos, psiquiátricos, sociales, educacionales, vocacionales y de otro tipo, necesarios y esenciales para satisfacer sus necesidades básicas. Puede contactarse con su junta de servicios comunitarios locales para más información sobre TCM.

Servicios de Coordinación de servicios para participantes de subsidios auxiliares

Este es un suplemento de los ingresos para personas que reciben Ingreso suplementario de seguridad (SSI, por sus siglas en inglés) y para otras determinadas personas mayores, ciegas o discapacitadas que viven en un centro de residencia asistida (en inglés) habilitado o un hogar de acogida para adultos (AFC, por sus siglas en inglés) autorizado.

Ciertos servicios dentales (a menos que se indique lo contrario)

Humana Gold Plus Integrated es responsable en el caso de algunos procedimientos necesarios por razones médicas. Para obtener más información, llame a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página.

F. Beneficios que *no* están cubiertos por Humana Gold Plus Integrated, Medicare o Medicaid

En esta sección se indican qué clases de beneficios están excluidos del plan. *Excluidos* significa que el plan no paga por estos beneficios. Tampoco los cubrirán Medicare y Medicaid.

En la lista a continuación se describen algunos servicios y artículos que el plan no cubre en ninguna circunstancia y algunos que el plan excluye solo en algunos casos.

El plan no pagará los beneficios médicos excluidos enumerados en esta sección (o en cualquier otra parte de este *Manual para los afiliados*) excepto bajo las circunstancias específicas enumeradas. Si considera que deberíamos pagar por un servicio que no está cubierto, puede presentar una apelación. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección 4, página 129.

Además de cualquier exclusión o limitación descrita en el Cuadro de beneficios, **nuestro plan no cubre los siguientes artículos y servicios:**

- Servicios que no se consideran “razonables y necesarios” según las normas de Medicare y Medicaid, a menos que estos servicios estén enumerados por nuestro plan como servicios cubiertos.
- Medicamentos, artículos y tratamientos médicos y quirúrgicos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare, por nuestro plan o en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare. Consulte la página 38 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. Los tratamientos y artículos experimentales son aquellos que no están aceptados masivamente por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, excepto cuando sea necesario por razones médicas y Medicare lo pague.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

- Cirugía cosmética u otros procedimientos cosméticos, a menos que sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo que tiene una malformación. Sin embargo, el plan pagará la reconstrucción de una mama después de una mastectomía y para tratar la otra mama con el fin de que queden iguales.
- Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea necesario por razones médicas.
- Servicios de enfermería privada.
- Artículos personales en su habitación en un hospital o centro de enfermería, como teléfono o televisor.
- Cuidado de enfermería a tiempo completo en su hogar.
- Servicios de personal doméstico, incluida asistencia doméstica básica, limpieza ligera o preparación de comidas.
- Cargos cobrados por familiares inmediatos o miembros de su unidad familiar.
- Procedimientos o servicios electivos o voluntarios para lograr mejoras (como pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento deportivo, fines cosméticos, antienvjecimiento y desempeño mental), excepto cuando sean necesarios por razones médicas.
- Medicamentos para la disfunción eréctil.
- Acupuntura.
- Cuidado quiropráctico, que no sea la manipulación manual de la columna vertebral, de acuerdo con las pautas de cobertura de Medicare.
- Calzado ortopédico, a menos que forme parte de una pierna ortopédica y esté incluido en el costo de la pierna ortopédica, o calzado para personas con una enfermedad de pie diabético.
- Dispositivos de apoyo para los pies, excepto para calzado ortopédico o terapéutico para personas con enfermedad de pie diabético.
- Queratotomía radial, cirugía LASIK, terapia de la vista y otros dispositivos para la vista disminuida. Sin embargo, el plan pagará por los anteojos después de la cirugía de cataratas.
- Inversión de procedimientos de esterilización y suministros anticonceptivos no recetados.
- Servicios de naturopatía (el uso de tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios provistos a veteranos en centros de Asuntos de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés). No obstante, cuando un veterano recibe servicios en casos de emergencia en un hospital de VA y los costos compartidos de VA es mayor que los costos compartidos dentro de nuestro plan, reembolsaremos al veterano la diferencia. Los afiliados continúan siendo responsables por las cantidades de sus costos compartidos.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Capítulo 5: Cómo obtener medicamentos recetados para pacientes ambulatorios mediante el plan

Contenido

Introducción	84
Reglas para la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios del plan	84
A. Surtido de recetas.	84
Surta sus medicamentos recetados en una farmacia de la red	84
Presente su tarjeta de identificación de afiliado del plan cuando surta un medicamento recetado.	85
¿Qué ocurre si desea cambiar a otra farmacia de la red?	85
¿Qué ocurre si la farmacia que utiliza abandona la red?	85
¿Qué ocurre si necesita una farmacia especializada?	85
¿Puede utilizar servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos?	86
¿Puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?	87
¿Puede utilizar una farmacia que no forme parte de la red del plan?	87
¿El plan le reembolsará el dinero si usted paga un medicamento recetado?	88
B. Lista de medicamentos del plan	88
¿Qué incluye la Lista de medicamentos?	88
¿Cómo puede averiguar si un medicamento está incluido en la Lista de medicamentos?	88
¿Qué medicamentos <i>no</i> están incluidos en la Lista de medicamentos?	88
¿Qué son los niveles de costos compartidos?	89
C. Límites de cobertura para algunos medicamentos	90
¿Por qué algunos medicamentos tienen límites?	90
¿Qué tipos de reglas existen?	90



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

D. Por qué su medicamento puede no estar cubierto	91
Puede obtener un suministro temporal	91
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos	93
F. Cobertura para medicamentos en casos especiales	94
Si está en un hospital o centro de enfermería especializada en una estadía cubierta por el plan	94
Si se encuentra en un centro de cuidado médico a largo plazo	94
Si se encuentra en un centro de cuidado médico a largo plazo y se convierte en afiliado nuevo al plan	94
G. Programas de seguridad y gestión de medicamentos	95
Programas para ayudar a los afiliados a usar los medicamentos de manera segura	95
Programas para ayudar al afiliado a gestionar sus medicamentos	95



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Introducción

Este capítulo explica las reglas para obtener *medicamentos recetados para pacientes ambulatorios*. Estos son medicamentos que su proveedor solicita para usted y que se pueden obtener en una farmacia o por correo. Incluyen los medicamentos cubiertos en virtud de la Parte D de Medicare y de Medicaid. En el Capítulo 6, Sección C, página 99 se le indica lo que usted debe pagar por sus medicamentos.

Humana Gold Plus Integrated también cubre los siguientes medicamentos, aunque no se analizan en este capítulo:

- Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare, entre ellos algunos que se le administren mientras se encuentre en un hospital o centro de enfermería.
- Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare, entre ellos algunos medicamentos de quimioterapia, algunas inyecciones que se le administren durante una consulta médica o a otro proveedor, y medicamentos que se le administren en una clínica de diálisis. Para obtener más información sobre qué medicamentos de la Parte B de Medicare están cubiertos, consulte el Cuadro de beneficios del Capítulo 4, Sección D, página 42.

Reglas para la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios del plan

Por lo general, el plan cubre sus medicamentos siempre que usted cumpla las reglas que se enumeran en esta sección.

1. Un médico u otro proveedor de la red debe hacerle una receta. Con frecuencia, esta persona es su proveedor de cuidado primario (PCP). Puede ser otro proveedor, si su proveedor de cuidado primario lo ha referido para que reciba cuidado médico.
2. Generalmente debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos recetados.
3. El medicamento recetado debe figurar en la *Lista de medicamentos cubiertos del plan*. La llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar.
 - Si no se encuentra en la Lista de medicamentos, puede que lo cubramos excepcionalmente. Consulte la Sección D, página 90 para obtener más información sobre la solicitud de una excepción.
4. El medicamento debe usarse para una *indicación clínicamente aceptada*. Esto quiere decir que el uso del medicamento debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por determinados libros de consulta.

A. Surtido de medicamentos recetados

Surta su medicamento recetado en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, el plan pagará los medicamentos recetados *únicamente* si se presentan en farmacias de la red del plan. Una *farmacia de la red* es un establecimiento que ha acordado surtir los medicamentos recetados de nuestros afiliados. Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

- Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar el *Directorio de proveedores y de farmacias*, visitar nuestro sitio web o contactar a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página, o a su coordinador de cuidado médico.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

Presente su tarjeta de identificación de afiliado del plan cuando surta un medicamento recetado

Para obtener una receta, **presente su tarjeta de identificación de afiliado** en la farmacia de la red. La farmacia de la red facturará al plan la parte del costo de su medicamento recetado cubierto. Debe pagar a la farmacia un copago al retirar el medicamento recetado.

Si no tiene consigo su tarjeta de identificación de afiliado al momento de surtir sus medicamentos recetados, pida a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no logra obtener la información necesaria, *puede que usted tenga que pagar el costo total del medicamento recetado al momento de retirarlo*. Luego puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Si no puede pagar el medicamento, contacte a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página de inmediato. Haremos lo posible por ayudarlo.

- Para obtener más información sobre cómo solicitarnos un reembolso, consulte el Capítulo 7, Sección A, página 105.
- Si necesita ayuda para surtir un medicamento recetado, puede contactar con Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página o a su coordinador de cuidado médico.

¿Qué ocurre si desea cambiar a otra farmacia de la red?

Si cambia de farmacia y necesita una repetición de la receta, puede solicitarnos una nueva receta escrita por un proveedor o bien solicitarle a su farmacia que transfiera la receta a la nueva farmacia.

- Si necesita ayuda para cambiar de farmacia de la red, puede contactar con Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página o a su coordinador de cuidado médico.

¿Qué ocurre si la farmacia que utiliza abandona la red?

Si la farmacia que utiliza abandona la red del plan, deberá encontrar una nueva farmacia en la red.

- Para encontrar una nueva farmacia de la red, puede consultar el *Directorio de proveedores y de farmacias*, visitar nuestro sitio web o contactar a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página, o a su coordinador de cuidado médico.

¿Qué ocurre si necesita una farmacia especializada?

En algunas ocasiones, los medicamentos recetados se deben surtir en una *farmacia especializada*. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de centros de cuidado médico a largo plazo, como por ejemplo un hogar de ancianos. Por lo general, los centros de cuidado médico a largo plazo cuentan con sus propias farmacias. Si usted vive en un centro de cuidado médico a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda obtener los medicamentos que necesita en la farmacia del centro médico. Si la farmacia de su centro de cuidado médico a largo plazo no pertenece a nuestra red, o si tiene dificultades para acceder a sus beneficios de medicamentos en un centro de cuidado médico a largo plazo, contacte con Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página.
- Farmacias que trabajan con el Programa de servicios de cuidado de la salud Indígena/Tribal/Urbana. Excepto en casos de emergencia, únicamente indios americanos o nativos de Alaska pueden utilizar estas farmacias.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

- Farmacias que suministran medicamentos que requieren manejo e instrucciones especiales de administración.
- Para encontrar una farmacia especializada, puede consultar el *Directorio de proveedores y de farmacias*, visitar nuestro sitio web o contactar a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página, o a su coordinador de cuidado médico.

¿Puede utilizar servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos?

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos disponibles para pedido por correo son de consumo regular para el tratamiento de afecciones crónicas o a largo plazo. Los medicamentos disponibles para el servicio de pedido por correo del plan están marcados como tales en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan permite que usted solicite un suministro de hasta 90 días de sus medicamentos recetados. Un suministro de 90 días tiene el mismo copago que uno de tres meses.

¿Cómo obtengo mis medicamentos recetados por correo?

Para obtener formularios de pedido y la información sobre como surtir medicamentos recetados por correo, contacte a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página.

Por lo general, sus medicamentos recetados de pedido por correo le llegarán en 14 días o menos. Le recomendamos que analice con su médico la opción de que, junto con la receta de pedido por correo, le recete para un suministro de 30 días en una farmacia minorista de la red, en caso de que su pedido se demore.

¿Cómo se procesa mi receta en el servicio de pedido por correo?

El servicio de pedido por correo tiene diferentes procedimientos para las recetas nuevas que recibe de usted, las recetas nuevas que recibe directamente del consultorio de su proveedor y las repeticiones de las recetas del servicio de pedido por correo:

1. Medicamentos recetados nuevos que la farmacia obtiene de usted

La farmacia procesará automáticamente los medicamentos recetados nuevos que reciba de usted y entregará los medicamentos recetados.

2. Medicamentos recetados nuevos que la farmacia recibe directamente del consultorio de su proveedor

La farmacia surtirá y entregará automáticamente los medicamentos recetados nuevos que reciba de los proveedores del cuidado de la salud, sin comprobar con usted primero, si:

- Utilizó servicios de pedido por correo con este plan en el pasado, o
- Se inscribe para la entrega automática de todos los medicamentos de recetas nuevas recibidas directamente de proveedores de cuidado médico. Usted puede solicitar la entrega automática de todos los nuevos medicamentos recetados ahora o en cualquier momento llamando a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página.

Si recibe un medicamento recetado de forma automática por correo que usted no quiere, y por el que no se le contactó para consultarle si lo quería, usted puede ser elegible para un reembolso.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

Si utilizó el servicio de pedido por correo en el pasado y no quiere que la farmacia surta automáticamente cada receta nueva y le envíe los medicamentos, contáctenos llamando a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página.

Si usted nunca ha utilizado nuestro servicio de entrega de pedidos por correo y/o decide no continuar con el suministro automático de nuevas recetas, la farmacia lo contactará cada vez que recibe una nueva receta de un proveedor del cuidado de la salud para ver si desea que el medicamento sea surtido y enviado inmediatamente. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia entregue el medicamento correcto (incluyendo la concentración, cantidad y forma) y, si es necesario, le permite cancelar o demorar la orden antes de enviarla y que se emita la factura. Es importante que responda cada vez que la farmacia se contacta con usted para que les diga qué hacer con la nueva receta y evitar cualquier demora en el envío.

Para cancelar las entregas automáticas de nuevos medicamentos recetados obtenidos directamente del consultorio de su proveedor del cuidado de la salud, contáctenos llamando a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página.

3. Repeticiones de recetas del servicio de pedido por correo

Para la repetición de recetas, contacte con su farmacia 14 días antes de que se terminen los medicamentos que tiene disponibles para asegurarse de que se le envíe a tiempo el próximo pedido.

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted con el fin de confirmar el pedido antes del envío, asegúrese de informarle a la farmacia cuál es el mejor medio para contactarse con usted. Puede llamar a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página.

¿Puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?

Puede obtener un suministro a largo plazo de *medicamentos de mantenimiento* de nuestra Lista de medicamentos. *Los medicamentos de mantenimiento* se administran regularmente para el tratamiento de afecciones crónicas o a largo plazo.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro de 90 días tiene el mismo copago que uno de tres meses. El *Directorio de proveedores y de farmacias* le indica qué farmacias pueden ofrecerle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Para obtener más información, también puede llamar a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página.

Puede utilizar el servicio de pedido por correo del plan para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la sección anterior para obtener más información sobre el servicio de pedido por correo.

¿Puede utilizar una farmacia que no forme parte de la red del plan?

Por lo general, pagamos por los medicamentos que se entregan en farmacias fuera de la red *únicamente* si usted no puede acceder a una farmacia de la red.

Pagaremos por medicamentos recetados que se surtan en farmacias fuera de la red en los siguientes casos:

- Si los medicamentos recetados están relacionados con el cuidado en casos de emergencia que el plan cubre
- Si los medicamentos recetados están relacionados con el cuidado que se necesita con urgencia que el plan cubre cuando usted no pueda acceder a un proveedor de la red
- Si usted se encuentra en una zona declarada área de desastre y necesita la repetición de su medicamento recetado



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

- En estos casos, verifique primero con Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página para ver si hay una farmacia de la red cerca.

¿El plan le reembolsará el dinero si usted paga un medicamento recetado?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general, tendrá que pagar el costo total del medicamento recetado en lugar de un copago. Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo.

- Para obtener más información sobre este tema, consulte el Capítulo 7, Sección A, página 105.

B. Lista de medicamentos del plan

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos*. La llamamos “*Lista de medicamentos*” para abreviar.

Los medicamentos que figuran en la *Lista de medicamentos* los selecciona el plan con ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos también indica si existen determinadas reglas a seguir para obtener los medicamentos.

Por lo general, cubrimos los medicamentos que figuran en la *Lista de medicamentos* del plan siempre que usted cumpla con las reglas que se explican en este capítulo.

¿Qué incluye la Lista de medicamentos?

La *Lista de medicamentos* incluye los medicamentos cubiertos en virtud de la Parte D de Medicare y algunos medicamentos y artículos recetados y de venta sin receta cubiertos en virtud de sus beneficios de Medicaid.

Esta *Lista de medicamentos* incluye medicamentos de marca y *genéricos*. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Por lo general, funcionan igual de bien que los de marca y cuestan menos.

Por lo general, cubrimos los medicamentos que figuran en la *Lista de medicamentos* del plan siempre que usted cumpla con las reglas que se explican en este capítulo.

Nuestro plan también cubre algunos productos y medicamentos de venta sin receta cuando su proveedor los receta. Algunos medicamentos de venta sin receta cuestan menos que los recetados y funcionan igual de bien. Para obtener más información, llame a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página.

¿Cómo puede averiguar si un medicamento está incluido en la Lista de medicamentos?

Para saber si un medicamento que usted está tomando está incluido en la *Lista de medicamentos*, usted puede:

- Revisar la Lista de medicamentos más reciente que le hayamos enviado por correo.
- Visitar el sitio web del plan en **espanol.humana.com**. La Lista de medicamentos que figura en el sitio web es siempre la más actualizada.
- Llamar a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página para saber si un medicamento está en la Lista de medicamentos del plan o bien solicitar una copia de la lista.

¿Qué medicamentos *no* están incluidos en la Lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados. Algunos medicamentos no se incluyen en la *Lista de medicamentos* porque la ley no permite que el plan los cubra. En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en la *Lista de medicamentos*.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **espanol.humana.com**.

Humana Gold Plus Integrated *no* pagará por los medicamentos enumerados en esta sección. A estos medicamentos se les denomina *medicamentos excluidos*. Si recibe una receta por un medicamento excluido, deberá pagarla por su cuenta. Si cree que debemos pagar por un medicamento excluido en su caso particular, puede presentar una apelación. (Para saber cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección 4, página 129).

A continuación, enumeramos tres reglas generales para la exclusión de medicamentos:

- La cobertura para medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (la cual incluye medicamentos de Medicaid y de la Parte D) no paga por medicamentos que ya estarían cubiertos en virtud de la Parte A o la Parte B de Medicare. Los medicamentos cubiertos en virtud de la Parte A o la Parte B de Medicare están cubiertos por Humana Gold Plus Integrated de manera gratuita pero no se consideran parte de los beneficios de medicamentos recetados a paciente ambulatorios.
- Nuestro plan no puede cubrir medicamentos adquiridos fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- El uso de un medicamento debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por determinados libros de consulta como tratamiento para la afección que usted padece. Su médico puede recetarle un determinado medicamento para tratar su afección, aunque no haya sido aprobado para tal fin. Esto se denomina *consumo fuera de etiqueta*. Nuestro plan, por lo general, no cubre medicamentos recetados para consumo fuera de etiqueta.

También, por ley, Medicare y Medicaid no cubren los tipos de medicamentos enumerados a continuación.

- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad
- Medicamentos utilizados para fines cosméticos o para el crecimiento del cabello
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, como Viagra®, Cialis®, Levitra® y Caverject®
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios cuando la empresa que elabora los medicamentos indique que usted debe realizarse pruebas o procedimientos únicamente con ellos

¿Qué son los niveles de costos compartidos?

Cada medicamento incluido en la *Lista de medicamentos* del plan se encuentra en uno de cuatro niveles de costos compartidos. Un nivel es un grupo de medicamentos generalmente del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos, o de venta sin receta). En general, cuanto mayor sea el nivel de costos compartidos, mayor será el costo de su medicamento.

- Nivel 1 de costos compartidos – Genéricos
- Nivel 2 de costos compartidos – De marca
- Nivel 3 de costos compartidos – Medicamentos recetados que no pertenecen a Medicare (los CMS excluyen los medicamentos cubiertos por Medicaid)
- Nivel 4 de costos compartidos – Medicamentos de venta sin receta que no pertenecen a Medicare

Para saber en qué nivel de costos compartidos se encuentra su medicamento, búsquelo en la *Lista de medicamentos del plan*.

- En el Capítulo 6, Sección C, página 99 se indica la cantidad que debe pagar por los medicamentos, según el nivel de costos compartidos en que se encuentren.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

C. Límites de cobertura para algunos medicamentos

¿Por qué algunos medicamentos tienen límites?

Algunos medicamentos recetados tienen reglas especiales que limitan cómo y cuándo los cubre el plan. En general, nuestras normas lo alientan a obtener un medicamento que funcione para su afección médica y que sea seguro y eficaz. Cuando un medicamento seguro y de costo inferior funciona igual de bien que otro de costo superior, el plan espera que su proveedor elija el de costo inferior.

Si existen reglas especiales para un determinado medicamento, por lo general, esto significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que cubramos el costo del medicamento.

Por ejemplo, es posible que su proveedor deba informarnos de su diagnóstico o proporcionar primero los resultados de los análisis de sangre. Si usted o su proveedor creen que nuestras reglas no aplican a su situación, debe solicitarnos que hagamos una excepción. Es posible que le permitamos, o no, utilizar el medicamento sin tomar medidas adicionales.

► Para obtener más información sobre las excepciones, consulte el Capítulo 9, Sección 6, página 143.

¿Qué tipos de reglas existen?

1. Limitar el uso de medicamentos de marca cuando hay disponible una versión genérica

Por lo general, los medicamentos genéricos funcionan de la misma forma que los de marca y cuestan menos. En la mayoría de los casos, si existe una versión genérica de un medicamento de marca, nuestras farmacias de la red le suministrarán el genérico. En general, no pagaremos el medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible. No obstante, si su proveedor nos ha comunicado la razón médica por la que el medicamento genérico no funcionará en su caso, **o** si ha escrito “No substitutions” (no sustituir) en la receta de un medicamento de marca, **o** si nos ha comunicado la razón médica por la que no funcionará en su caso ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos para la afección que usted padece, entonces cubriremos el medicamento de marca. El copago que usted pague puede ser mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico.

2. Obtención de la aprobación del plan por adelantado

Para algunos medicamentos, usted o su médico deben obtener la aprobación de Humana Gold Plus Integrated antes de surtir el medicamento recetado. Si no obtiene una aprobación, es posible que Humana Gold Plus Integrated no cubra el medicamento.

3. Uso de un medicamento diferente primero

En general, el plan desea que usted pruebe medicamentos de menor costo (con frecuencia, igual de eficaces) antes de cubrir los de mayor costo. Por ejemplo, si el medicamento A y el B tratan la misma afección y el A cuesta menos que el B, el plan puede requerir que pruebe primero el A. Si el medicamento A no surte efecto en su caso, el plan cubrirá el medicamento B. Esto se denomina *terapia por fases*.

4. Límites de cantidad

En algunos casos, limitamos la cantidad de medicamento que puede obtener. Esto se denomina límite de cantidad. Por ejemplo, el plan podría limitar la cantidad de medicamento que puede obtener cada vez que surte la receta. ¿Aplican algunas de estas reglas a sus medicamentos?

Para averiguar si alguna de estas reglas aplica a un medicamento que toma o desea tomar, revise la *Lista de medicamentos*. Si desea la información más actualizada, llame a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página, o visite nuestro sitio web en **espanol.humana.com**.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **espanol.humana.com**.

D. Por qué su medicamento puede no estar cubierto

Nos esforzamos por hacer que la cobertura para medicamentos funcione para usted, aunque a veces un medicamento puede no estar cubierto en la forma que a usted le gustaría. Por ejemplo:

- **El plan no cubre el medicamento que desea tomar.** El medicamento podría no figurar en la Lista de medicamentos. Una versión genérica del medicamento podría estar cubierta, pero no la versión de marca que usted desea tomar. Puede que un medicamento sea nuevo y no hayamos comprobado aún su seguridad y eficacia.
- **El medicamento está cubierto, pero existen reglas o límites especiales en su cobertura.** Como se explica en la sección anterior, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, usted o su médico pueden solicitararnos que hagamos una excepción a la regla.

Usted puede tomar ciertas medidas si su medicamento no está cubierto en la forma que a usted le gustaría.

Puede obtener un suministro temporal

En algunos casos, el plan puede otorgarle un suministro temporal de un medicamento cuando este no figure en la *Lista de medicamentos* o cuando esté limitado de alguna manera. Esto le dará tiempo para hablar con su proveedor sobre la obtención de otro medicamento o para solicitarle al plan que cubra el medicamento en cuestión.

Para obtener un suministro temporal de un medicamento, debe cumplir con estas dos reglas:

1. El medicamento que ha estado tomando:

- ya no figura en la Lista de medicamentos del plan, **o**
- nunca figuró en la Lista de medicamentos del plan, **o**
- se encuentra limitado de alguna manera.

2. Debe encontrarse en alguna de estas situaciones:

- **Estuvo en el plan el año pasado y no vive en un centro de cuidado médico a largo plazo.**

Cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros 90 días del año calendario. Este suministro temporal será de hasta 30 días. Si el medicamento está recetado por menos días, permitiremos múltiples surtidos para proveerle hasta un máximo de 30 días de suministro del medicamento. Debe surtir la receta en una farmacia de la red.

- **Es nuevo en el plan y no vive en un centro de cuidado médico a largo plazo.**

Cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros 90 días de su afiliación al plan. Este suministro temporal será de hasta 30 días. Si el medicamento está recetado por menos días, permitiremos múltiples surtidos para proveerle hasta un máximo de 30 días de suministro del medicamento. Debe surtir la receta en una farmacia de la red.

- **Estuvo en el plan el año pasado y vive en un centro de cuidado médico a largo plazo.**

Cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros 90 días del año calendario. El suministro total será de hasta 98 días dependiendo del incremento de despacho. Si el medicamento está recetado por menos días, permitiremos múltiples surtidos para proveerle hasta un máximo de 98 días de suministro del medicamento. (Tenga en cuenta que la farmacia de cuidado a largo plazo puede proveer el medicamento en cantidades menores por vez para evitar desperdicios).



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

- **Es nuevo en el plan y vive en un centro de cuidado médico a largo plazo.**

Cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros 90 días de su afiliación al plan. El suministro total será de hasta 98 días dependiendo del incremento de despacho. Si el medicamento está recetado por menos días, permitiremos múltiples surtidos para proveerle hasta un máximo de 98 días de suministro del medicamento. (Tenga en cuenta que la farmacia de cuidado a largo plazo puede proveer el medicamento en cantidades menores por vez para evitar desperdicios).

- **Usted ha estado en el plan por más de 90 días, vive en un centro de cuidado médico a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.**

Cubriremos un suministro de 31 días, o menos, si su receta se expidió para menos días. Esto se agrega al suministro de transición de cuidado médico a largo plazo anterior.

Suministro de transición para afiliados actuales con cambios en el ámbito de su tratamiento:

A lo largo del año del plan, es posible que se produzca un cambio en el ámbito de su tratamiento debido al nivel de cuidado médico que usted necesita. Estas transiciones incluyen a:

- Afiliados que son dados de alta de un hospital o centro de enfermería especializada para volver a sus hogares
 - Afiliados que dejan sus hogares y son admitidos en un hospital o centro de enfermería especializada
 - Afiliados que son transferidos de un centro de enfermería especializada a otro y reciben servicios de una farmacia diferente
 - Afiliados que finalizan su estadía en un centro de enfermería especializada de la Parte A de Medicare (donde los pagos incluyen todos los cargos de farmacia) y que ahora necesitan usar el beneficio de la Parte D de su plan
 - Afiliados que cambian de estado de hospicio y vuelven a la cobertura estándar de la Parte A y B de Medicare
 - Afiliados que reciben el alta de hospitales para pacientes psiquiátricos crónicos con regímenes farmacológicos altamente individualizados
- Si desea solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página.

Cuando obtenga un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué debe hacer cuando este se le agote. Estas son las opciones:

- **Puede cambiar a otro medicamento.**

Quizá haya otro medicamento que cubre el plan que le resulte efectivo. Puede llamar a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección. La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría ser efectivo para usted.

O

- **Puede solicitar una excepción.**

Usted o su proveedor pueden solicitar al plan que realice una excepción. Por ejemplo, puede solicitar al plan que cubra un medicamento, aunque este no se encuentre en la *Lista de medicamentos*. O puede solicitar al plan que cubra el medicamento sin límites. Si su proveedor considera que usted tiene un motivo médico válido para una excepción, puede ayudarle a solicitar una.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Si un medicamento que usted toma se elimina de la *Lista de medicamentos* o se limita de alguna manera el año próximo, le permitiremos solicitar una excepción antes del año próximo. Le informaremos acerca de cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el año próximo. Luego, puede solicitarnos que realicemos una excepción y cubramos el medicamento de la manera que usted desearía el año próximo. Responderemos a su solicitud de excepción dentro de las 72 horas de haber recibido su solicitud (o la declaración de respaldo del profesional que receta).

- Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 6.2, página 145.
- Si necesita ayuda para solicitar una excepción, contacte a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página o a su coordinador de cuidado médico.

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos ocurre el 1 de enero. No obstante, es posible que el plan realice cambios en la *Lista de medicamentos* durante el año. El plan puede:

- Añadir medicamentos cuando haya nuevos medicamentos, incluso medicamentos genéricos, disponibles o cuando el gobierno apruebe un nuevo uso para un medicamento existente.
- Eliminar medicamentos cuando se retiran del mercado o porque existen medicamentos menos costosos que son igual de eficaces.
- Cambiar medicamentos a un nivel superior o inferior de costos compartidos.
- Añadir o eliminar un límite a la cobertura de un medicamento.
- Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.

Si alguno de los cambios que se mencionan a continuación afecta a un medicamento que usted toma, el cambio no tendrá efecto hasta el 1 de enero del año próximo:

- Si cambiamos el medicamento a un nivel superior de costos compartidos.
- Aplicamos un nuevo límite a su uso del medicamento.
- Eliminamos el medicamento que usted toma de la Lista de medicamentos, pero no porque haya sido retirado del mercado o haya sido reemplazado por un medicamento genérico.

Antes del 1 de enero del año próximo, por lo general, no se verá afectado por un aumento en sus pagos o nuevos límites a su uso del medicamento. Los cambios entrarán en vigencia el 1 de enero del año próximo.

En los casos siguientes, usted se verá afectado por el cambio en la cobertura antes del 1 de enero:

- Si se reemplaza un medicamento de marca que usted toma por un medicamento genérico nuevo, el plan debe notificarle acerca del cambio con al menos 60 días de antelación.
 - El plan puede repetir la receta para 60 días del medicamento de marca que usted toma en una farmacia de la red.
 - Debe trabajar con su proveedor durante esos 60 días para cambiar al medicamento genérico o a un medicamento diferente que cubra el plan.
 - Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que siga cubriendo el medicamento de marca para usted. Para saber cómo hacerlo, consulte el Capítulo 9, Sección 6.2, página 145.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

- Si se retira un medicamento del mercado porque es inseguro o por otras razones, el plan lo eliminará de la Lista de medicamentos. Le notificaremos acerca de este cambio de inmediato.
 - Su proveedor también estará al tanto de este cambio. Puede trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.
- Si se produce un cambio en la cobertura de un medicamento que usted toma, **el plan le enviará una notificación**. Por lo general, el plan le notificará con al menos 60 días de antelación antes de producirse el cambio.

F. Cobertura para medicamentos en casos especiales

Si está en un hospital o centro de enfermería especializada en una estadía cubierta por el plan

Si es ingresado en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estadía que cubre el plan, generalmente cubrimos el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. No deberá pagar un copago. Una vez que deje el hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre que estos cumplan con todas nuestras normas de cobertura.

- Para obtener más información sobre la cobertura de los medicamentos y lo que usted paga, consulte el Capítulo 6, Sección C, página 99.

Si se encuentra en un centro de cuidado médico a largo plazo

Por lo general, un centro de cuidado médico a largo plazo, como un hogar de ancianos, tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos a todos los residentes. Si usted reside en un centro de cuidado médico a largo plazo, puede obtener los medicamentos recetados a través de la farmacia del centro, siempre y cuando forme parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de proveedores y de farmacias* para saber si la farmacia del centro de cuidado médico a largo plazo pertenece a nuestra red. Si no pertenece o si usted necesita más información, contacte a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página.

Si se encuentra en un centro de cuidado médico a largo plazo y se convierte en afiliado nuevo al plan

Si necesita un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos* o está restringido en cierto modo, el plan cubrirá un suministro temporal del medicamento durante los primeros 90 días de su afiliación, hasta que le hayamos dado un suministro de 98 días. El primer suministro será de hasta 31 días, o menos si su medicamento se receta por menos días. Si necesita repeticiones de la receta, las cubriremos durante los primeros 90 días de su afiliación al plan.

Si usted ha sido afiliado del plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos, cubriremos un suministro de 31 días. También cubriremos un suministro de 31 días si el plan tiene un límite en la cobertura del medicamento. Si el medicamento se receta por menos de 31 días, pagaremos la cantidad que sea menor.

Cuando obtenga un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué debe hacer cuando este se le agote. Es posible que haya otro medicamento que cubra el plan que también sea efectivo para usted. O bien usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la manera en que usted desearía.

- Para obtener más información sobre las excepciones, consulte el Capítulo 9, Sección 6.2, página 145.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

G. Programas de seguridad y gestión de medicamentos

Programas para ayudar a los afiliados a usar los medicamentos de manera segura

Cada vez que usted surta un medicamento recetado, buscamos posibles problemas, tales como:

- Errores de medicamentos
- Medicamentos que podrían no ser necesarios porque usted toma otro medicamento que hace lo mismo
- Medicamentos que quizá no sean seguros para su edad o sexo
- Medicamentos que podrían dañarle si los toma al mismo tiempo
- Medicamentos que tienen compuestos a los cuales usted es alérgico

Si vemos un problema posible en el uso de los medicamentos recetados, trabajaremos con su proveedor para corregir el problema.

Programas para ayudar al afiliado a gestionar sus medicamentos

Si toma medicamentos para diferentes afecciones médicas, puede ser elegible para obtener servicios, sin costo, a través de un programa de control de la terapia con medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés). Este programa les ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que los medicamentos son eficaces para mejorar su salud. Un farmacéutico u otro profesional de la salud le darán una revisión completa de todos sus medicamentos y hablarán con usted de:

- Cómo obtener el máximo beneficio de los medicamentos que toma
- Cualquier inquietud que tenga, como los costos de los medicamentos y las reacciones a ellos
- Cuál es la mejor manera de tomar medicamentos
- Preguntas o problemas que tenga sobre los medicamentos recetados y de los medicamentos de venta sin receta

Se le entregará un resumen escrito de este análisis. El resumen incluye un plan de acción con recomendaciones sobre lo que puede hacer para utilizar sus medicamentos de la mejor forma posible. También recibirá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que está tomando y por qué los toma.

Lo ideal es programar la revisión de los medicamentos antes de la consulta de “bienestar” anual para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y la lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y lista de medicamentos a la consulta o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores del cuidado de la salud. También lleve la lista de medicamentos si va al hospital o la sala de emergencias.

Los programas de control de la terapia con medicamentos son voluntarios y gratuitos para los afiliados que son elegibles. Si contamos con un programa que se adapte a sus necesidades, le inscribiremos y le enviaremos información. Si no desea participar en el programa, háganoslo saber, y lo sacaremos del programa.

- Si tiene preguntas acerca de estos programas, contacte a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página o a su coordinador de cuidado médico.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

Capítulo 6: Lo que usted paga por los medicamentos recetados de Medicare y Medicaid

Contenido

Introducción	97
A. Explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés)	98
B. Registro de sus costos de medicamentos	98
1. Usar su tarjeta de identificación de afiliado	
2. Asegúrese de que tengamos la información necesaria	
3. Envíenos información sobre los pagos que otras personas han realizado por usted	
4. Consulte los informes que le enviamos	
C. Etapas de pago de medicamentos para los medicamentos de la Parte D de Medicare	99
D. Paso 1: La Etapa de cobertura inicial	99
Los niveles de costos compartidos del plan	99
Sus opciones de farmacias	100
Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento	100
¿Cuánto paga usted?	100
¿Cuándo finaliza la Etapa de cobertura inicial?	102
E. Paso 2: la Etapa de cobertura catastrófica	102
F. Los costos de los medicamentos si su médico receta un suministro de menos de un mes	102
G. Vacunas	102
Antes de vacunarse	103
Cuánto paga por una vacuna de la Parte D de Medicare	103



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Introducción

Este capítulo le informa lo que usted paga por los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Entendemos por “medicamentos”:

- medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, **y**
- medicamentos y artículos cubiertos en virtud de Medicaid, **y**
- medicamentos y artículos cubiertos por el plan como beneficios adicionales.

Como usted es elegible para Medicaid, obtiene “ayuda adicional” de Medicare para ayudarle a pagar sus medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

Para obtener más información acerca de los medicamentos recetados, puede consultar lo siguiente:

- **La Lista de medicamentos cubiertos del plan.** La llamamos “Lista de medicamentos”. Le informa:
 - Qué medicamentos paga el plan
 - A cuál de los cuatro niveles de costos compartidos pertenece cada medicamento
 - Si existen límites a los medicamentos

Si necesita una copia de la *Lista de medicamentos*, llame a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página. También puede acceder a la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en **espanol.humana.com**. La *Lista de medicamentos* de nuestro sitio web es siempre la más actualizada.

- **El Capítulo 5 de este Manual para los afiliados.** En el Capítulo 5, Sección Introducción, página 84 se informa cómo obtener los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través del plan. Comprende las reglas que debe seguir. Además, le informa de los tipos de medicamentos recetados que *no* cubre nuestro plan.
- **El Directorio de proveedores y de farmacias del plan.** En la mayoría de los casos, usted debe utilizar una farmacia de la red para obtener los medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que han acordado trabajar con nuestro plan. El *Directorio de proveedores y de farmacias* comprende una lista de las farmacias de la red. Puede obtener más información acerca de las farmacias de la red en el Capítulo 5, Sección A, página 84.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **espanol.humana.com**.

A. Explicación de beneficios (EOB)

Nuestro plan hace un seguimiento de sus medicamentos recetados. Hacemos un seguimiento de dos tipos de costos:

- *Sus costos de desembolso personal.* Esta es la cantidad de dinero que usted, u otras personas en su nombre, paga por los medicamentos recetados.
- *Sus costos totales de medicamentos.* Esta es la cantidad de dinero que usted, u otras personas en su nombre, paga por los medicamentos recetados, más la cantidad que paga el plan.

Cuando usted obtiene medicamentos recetados a través del plan, le enviamos un informe llamado *Explicación de beneficios*. La llamamos *EOB* por sus siglas en inglés, para abreviar. La *EOB* incluye:

- **La información del mes.** El informe establece los medicamentos recetados que usted adquirió. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagó el plan y lo que pagó usted y otras personas en su nombre.
 - **Información “del año hasta la fecha”.** Esta información comprende los costos totales de medicamentos y los pagos totales realizados desde el 1 de enero.
- Ofrecemos la cobertura para medicamentos que no están cubiertos por Medicare. Los pagos de estos medicamentos no computan para los costos de desembolso personal totales. Si desea conocer qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte la *Lista de medicamentos*.

B. Registro de sus costos de medicamentos

Para hacer un seguimiento de los costos de medicamentos y los pagos que usted realiza, utilizamos registros que obtenemos de usted y su farmacia. Usted puede ayudarnos de la siguiente manera:

1. Use su tarjeta de identificación de afiliado.

Muestre su tarjeta de identificación de afiliado cada vez que surta una receta. Esto nos ayudará a saber qué medicamentos recetados surte y lo que pagó por ellos.

2. Asegúrese de que tengamos la información necesaria.

Suminístrenos copias de los recibos de los medicamentos que pagó. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte del costo del medicamento que nos corresponde.

Estos son algunos casos en los que debería suministrar copias de los recibos:

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utiliza una tarjeta de descuento que no es parte de nuestro beneficio del plan
 - Cuando realiza un copago por medicamentos que obtiene bajo un programa de asistencia para pacientes del fabricante
 - Cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia que no pertenece a la red
 - Cuando paga el precio total de un medicamento cubierto
- Para conocer cómo solicitarnos que le reembolsemos por la parte del costo de un medicamento que nos corresponde, consulte el Capítulo 7, Sección B, página 106.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

3. Envíenos información acerca de los pagos que otras personas realicen en su nombre.

Los pagos realizados por ciertas personas y organizaciones también computan para sus costos de desembolso personal. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa estatal de asistencia de farmacia, programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA, el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas computan para sus costos de desembolso personal. Esto puede ayudar a que usted sea elegible para obtener la cobertura catastrófica. Cuando usted alcanza la Etapa de cobertura catastrófica, Humana Gold Plus Integrated paga la totalidad de los costos de los medicamentos de la Parte D durante el resto del año.

4. Consulte los informes que le enviamos.

Cuando reciba una *Explicación de beneficios* por correo, asegúrese de que la información sea completa y correcta. Si le parece que falta información o hay datos incorrectos en el informe, o si tiene alguna pregunta, llame a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página. Asegúrese de conservar estos informes. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

C. Etapas de pago de medicamentos para los medicamentos de la parte D de Medicare

Hay dos etapas de pago para su cobertura para medicamentos recetados de la Parte D de Medicare en el Plan Humana Gold Plus Integrated. La cantidad que usted paga depende de la etapa en la que se encuentre cuando surta un medicamento recetado o tenga una repetición de la receta. Estas son las dos etapas:

Paso 1: Etapa de cobertura inicial	Paso 2: Etapa de cobertura catastrófica
<p>Durante esta etapa, el plan paga parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte. Su parte del costo se denomina copago.</p> <p>Usted comienza esta etapa cuando surte el primer medicamento recetado del año.</p>	<p>Durante esta etapa, el plan paga todos los costos de los medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2017.</p> <p>Usted comienza esta etapa cuando haya pagado determinada cantidad de costos de desembolso personal.</p>

D. Paso 1: La Etapa de cobertura inicial

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga una parte del costo de los medicamentos recetados cubiertos y usted paga su parte. Su parte del costo se denomina copago. El copago depende del nivel de costos compartidos en el que se encuentre el medicamento y dónde lo compra.

Los niveles de costos compartidos del plan

Los niveles de costos compartidos del plan son grupos de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento incluido en la *Lista de medicamentos* del plan se encuentra en uno de cuatro niveles de costos compartidos. Para averiguar sobre los niveles de costos compartidos de sus medicamentos, fíjese en la *Lista de medicamentos*.

- Los medicamentos del Nivel 1 tienen el copago más bajo. Son los medicamentos genéricos. El copago oscila entre \$0 y \$3.30, según sus ingresos.
- Los medicamentos del Nivel 2 tienen un copago medio. Son los medicamentos de marca. El copago oscila entre \$0 y \$8.25, según sus ingresos.
- Los medicamentos del Nivel 3 tienen un copago de \$0.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

- Los medicamentos del Nivel 4 tienen un copago de \$0.

Necesitará la receta de su proveedor para cualquier medicamento cubierto de nuestra lista de medicamentos, independientemente del nivel al que corresponda el medicamento.

Sus opciones de farmacias

La cantidad que usted paga por un medicamento depende de si lo compra en:

- una farmacia de la red, **o**
 - una farmacia fuera de la red.
- En algunos casos limitados, cubrimos medicamentos recetados surtidos en farmacias fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección A, página 84 para saber en qué casos lo haremos.
- Para obtener más información sobre las opciones de farmacia, consulte el Capítulo 5, Sección A, página 84 de este manual y el *Directorio de proveedores y de farmacias del plan*.

Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

Para algunos medicamentos, puede recibir un suministro a largo plazo (también conocido como “suministro prolongado”) al surtir su medicamento recetado. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 90 días. Le cuesta lo mismo que un suministro de tres meses.

- Si desea detalles sobre dónde y cómo recibir un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5, Sección A, página 84 o el *Directorio de proveedores y de farmacias*.

¿Cuánto paga usted?

Durante la Etapa de cobertura inicial, usted pagará un copago cada vez que surta un medicamento recetado. Si el costo del medicamento cubierto es menor que el copago, usted pagará el costo inferior.

- Puede contactarse a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página para averiguar de cuánto es su copago por cualquier medicamento cubierto.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro de *un mes* de un medicamento recetado cubierto por parte de:

	Una farmacia de la red Un suministro de un mes o un suministro de hasta 31 días	Una farmacia de cuidado médico a largo plazo de la red Un suministro de hasta 31 días	Una farmacia fuera de la red Un suministro de hasta 31 días. La cobertura está limitada a determinados casos. Para conocer los detalles, consulte el Capítulo 5.
Nivel 1 de costos compartidos (Medicamentos genéricos)	\$0 o hasta \$3.30	\$0	\$0 o hasta \$3.30
Nivel 2 de costos compartidos (Medicamentos de marca)	\$0 o hasta \$8.25	\$0	\$0 o hasta \$8.25
Nivel 3 de costos compartidos (Medicamentos recetados que no pertenecen a Medicare)	\$0	\$0	\$0
Nivel 4 de costos compartidos (Medicamentos de venta sin receta que no pertenecen a Medicare)	\$0	\$0	\$0

Su parte del costo cuando obtiene un suministro *a largo plazo* de un medicamento recetado cubierto por parte de:

	Una farmacia de la red Un suministro de tres meses o un suministro de hasta 90 días	El servicio de pedido por correo del plan Un suministro de tres meses o un suministro de hasta 90 días
Nivel 1 de costos compartidos (Medicamentos genéricos)	\$0 o hasta \$9.90	\$0 o hasta \$9.90
Nivel 2 de costos compartidos (Medicamentos de marca)	\$0 o hasta \$24.75	\$0 o hasta \$24.75
Nivel 3 de costos compartidos (Medicamentos recetados que no pertenecen a Medicare)	\$0	\$0
Nivel 4 de costos compartidos (Medicamentos de venta sin receta que no pertenecen a Medicare)	\$0	\$0



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

- Para obtener información sobre qué farmacias le pueden proporcionar suministros a largo plazo, consulte el *Directorio de proveedores y de farmacias* del plan.
- Los copagos para medicamentos recetados pueden variar en función del nivel de Ayuda adicional que reciba el afiliado.

¿Cuándo finaliza la Etapa de cobertura inicial?

La Etapa de cobertura inicial termina cuando sus costos de desembolso personal alcancen los \$4,950. En ese momento, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. El plan cubre todos los costos de medicamentos desde entonces hasta que termine el año.

Los informes de la Explicación de beneficios le ayudarán a realizar un seguimiento de cuánto ha pagado por los medicamentos durante el año. Le informaremos si llega al límite de \$4,950. Muchas personas no llegan a este límite en un año.

E. Paso 2: La Etapa de cobertura catastrófica

Cuando llegue al límite de desembolso personal de \$4,950 por los medicamentos recetados, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. Permanecerá en la Etapa de cobertura catastrófica hasta que finalice el año calendario. Durante esta etapa, el plan pagará todos los costos de los medicamentos de Medicare.

F. Los costos de los medicamentos si su médico receta un suministro de menos de un mes

En algunos casos, usted paga un copago para cubrir el suministro de un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetar un suministro menor a un mes de los medicamentos. Es posible que, en ocasiones, quiera pedirle a su médico que le recete un suministro menor a un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando toma un medicamento por primera vez y se sabe que tiene efectos secundarios serios). Si su médico está de acuerdo, no tendrá que pagar el suministro del mes completo de determinados medicamentos.

Cuando usted recibe un suministro menor a un mes de un medicamento, su copago se basará en la cantidad de días del medicamento que recibe. Calcularemos la cantidad que usted paga por día por su medicamento (la “tarifa diaria de costos compartidos”) y la multiplicaremos por el número de días del medicamento que usted recibe.

- Este es un ejemplo: supongamos que el copago por el medicamento para un suministro de un mes completo (un suministro de 30 días) es \$1.20. Esto significa que la cantidad que paga por día por el medicamento es \$0.04. Si usted recibe un suministro de 7 días del medicamento, su copago será de \$0.04 por día multiplicado por 7 días, y esto da un pago total de \$0.28.

Los costos compartidos diarios le permiten asegurarse de que un medicamento funciona para usted antes de que usted tenga que pagar por un suministro de un mes entero. También puede pedir a su proveedor que le recete menos del suministro de un mes completo de un medicamento, si esto le ayudará a planear mejor cuando tiene que repetir sus recetas y realizar menos viajes a la farmacia. La cantidad que usted paga depende de los días de suministro que recibe.

G. Vacunas

Nuestro plan cubre las vacunas de la Parte D de Medicare. Hay dos partes en nuestra cobertura de las vacunas de la Parte D de Medicare:



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

1. La primera parte de la cobertura es para el costo de la **vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento recetado.
2. La segunda parte de la cobertura es para el costo de la **aplicación de la vacuna**. Por ejemplo, algunas veces puede recibir la aplicación de la vacuna de manos de su propio médico.

Antes de vacunarse

Le recomendamos que primero nos llame a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página cuando planifique recibir una vacuna.

- Podemos informarle de qué manera nuestro plan cubre su vacuna y explicarle la parte del costo que le corresponde.
- Podemos informarle cómo reducir los costos al usar farmacias y proveedores de la red. *Las farmacias de la red* son farmacias que han acordado trabajar con nuestro plan. Un *proveedor de la red* es aquel que trabaja con el plan de salud. Un proveedor de la red debería trabajar con Humana Gold Plus Integrated para garantizar que usted no tenga costos iniciales por la vacuna de la Parte D.

Cuánto paga por una vacuna de la Parte D de Medicare

Lo que usted paga por una vacuna depende del tipo de vacuna (contra qué enfermedad lo vacunan).

- Algunas vacunas se consideran beneficios de salud, en vez de medicamentos. Estas vacunas están cubiertas sin costo. Para obtener más información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4, Sección D, página 43.
- Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Estas vacunas están establecidas en la Lista de medicamentos del plan. Es posible que tenga que pagar un copago por las vacunas de la Parte D de Medicare.

A continuación presentamos tres formas comunes en las que puede obtener una vacuna de la Parte D de Medicare.

1. Usted recibe la vacuna de la Parte D de Medicare en una farmacia de la red y se la aplican en la farmacia.
 - Pagará un copago por la vacuna.
2. Usted recibe la vacuna de la Parte D de Medicare en el consultorio médico y el médico se la aplica.
 - Pagará un copago al médico por la vacuna.
 - Nuestro plan pagará el costo de la aplicación.
 - El consultorio médico debe llamar a nuestro plan en esta situación para que podamos corroborar que sepan que usted solo tiene que pagar un copago por la vacuna.
3. Usted recibe la vacuna de la Parte D de Medicare en una farmacia y la lleva al consultorio de su médico para que se la apliquen.
 - Pagará un copago por la vacuna.
 - Nuestro plan pagará el costo de la aplicación.

Si no puede usar un proveedor y una farmacia de la red, es posible que deba pagar el costo total de la vacuna en sí y de su aplicación. Si se encuentra en esta situación, le recomendamos que nos llame primero a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página. También le puede pedir al proveedor que llame a Humana Gold Plus Integrated antes de que lo vacunen. Si usted paga el costo total de la vacuna en el consultorio del proveedor, podemos informarle cómo nos puede pedir que le reembolsemos nuestra parte del costo.

Para saber cómo solicitarnos un reembolso, consulte el Capítulo 7, Sección B, página 106.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de la factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos

Contenido

A. Cuando nos pide que paguemos por servicios o medicamentos.....	105
B. Cómo y dónde enviarnos una solicitud de pago	106
C. Tomaremos una decisión de cobertura	107
D. Puede presentar una apelación.....	107



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

A. Cuando nos pide que paguemos por servicios o medicamentos

Nuestros proveedores de la red deben facturar al plan por los servicios y medicamentos ya recibidos. Un *proveedor de la red* es aquel que trabaja con el plan de salud.

Si recibe una factura por el costo total de servicios de cuidado de la salud o medicamentos, envíenos la factura. Para enviarnos una factura, consulte la página 106.

- Si los servicios o medicamentos están cubiertos, pagaremos al proveedor directamente.
 - Si los servicios o medicamentos están cubiertos y usted ya pagó más que la parte del costo que le corresponde, tiene derecho a un reembolso.
 - Si los servicios o medicamentos **no** están cubiertos, se lo comunicaremos.
- Contacte a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página o a su coordinador de cuidado médico si tiene preguntas. Si no conoce la cantidad que debería haber pagado o si recibe una factura y no sabe qué hacer con ella, podemos ayudarle. También puede llamarnos si desea comunicarnos información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

A continuación se enumeran ejemplos de oportunidades en las que puede solicitar a nuestro plan un reembolso o el pago de una factura que ha recibido:

1. Si recibe cuidado en casos de emergencia o cuidado que se necesita con urgencia de un proveedor fuera de la red

Debe pedirle al proveedor que envíe la factura al plan.

- Si paga la cantidad completa al recibir el cuidado médico, solicítenos un reembolso de nuestra parte del costo. Envíenos la factura y el comprobante del pago realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor solicitándole un pago que usted no considera que adeuda. Envíenos la factura y el comprobante del pago realizado.
 - Si hay que pagar al proveedor, nosotros le pagaremos directamente.
 - Si ya ha pagado más que su parte del costo por el servicio, calcularemos cuánto se le debe y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura

Los proveedores de la red siempre deben enviar la factura al plan.

- No permitimos a los proveedores añadir cargos separados, llamado “facturación del saldo”. Esto es así incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio. Si decidimos no pagar algunos cargos, usted aún no tiene que pagarlos.
- Si recibe una factura de un proveedor de la red que cree que es superior a lo que debería pagar, envíenos la factura. Contactaremos al proveedor directamente y nos encargaremos del problema.
- Si ya ha pagado una factura de un proveedor de la red, pero cree que ha pagado demasiado, envíenos la factura y el comprobante del pago realizado. Le reembolsaremos los servicios cubiertos.

3. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para obtener un surtido de medicamentos recetados

Si se dirige a una farmacia fuera de la red, usted debe pagar el costo total del medicamento recetado.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

- Cubriremos los medicamentos recetados surtidos en farmacias fuera de la red únicamente en contados casos. Envíenos una copia del recibo junto con su solicitud de reembolso de la parte del costo que nos corresponde. Consulte el Capítulo 5, Sección A, página 84 para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.

4. Cuando paga el costo total de una receta porque no lleva consigo su tarjeta de identificación de afiliado

Si no lleva consigo su tarjeta de identificación de afiliado, puede pedir a la farmacia que llame al plan o que busque la información de su inscripción al plan. Si la farmacia no puede obtener la información necesaria de inmediato, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento recetado por su cuenta.

- Envíenos una copia del recibo junto con su solicitud de reembolso de la parte del costo que nos corresponde.

5. Si paga el costo total de un medicamento recetado no cubierto

Usted puede pagar el costo total de un medicamento recetado que no está cubierto.

- Puede que el medicamento no figure en la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) del plan, o que presente requisitos o restricciones que usted desconocía o que no cree que le correspondan. Si decide obtener el medicamento, es posible que deba pagar el costo total.
 - Si no paga el medicamento, pero cree que deberíamos cubrir su costo, puede solicitar una decisión de cobertura, consulte el Capítulo 9, Sección 4, página 129.
 - Si usted o su médico u otro profesional que receta creen que usted necesita el medicamento de inmediato, puede solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el Capítulo 9, Sección 6.4, página 140).
- Envíenos una copia del recibo junto con su solicitud de reembolso. En algunas situaciones, es posible que necesitemos más información de su médico u otro profesional que receta para que le reembolsemos la parte que nos correspondería del costo del medicamento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si se debe cubrir el servicio o medicamento. Esto se denomina tomar una “decisión de cobertura”. Si determinamos que debe estar cubierto, pagaremos la parte que nos corresponde del costo del servicio o medicamento. Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión.

- Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9, Sección 6.1, página 147.

B. Cómo y dónde enviarnos una solicitud de pago

Si se encuentra en una situación en la cual por algún motivo usted paga una reclamación de farmacia que considera que debió haber estado cubierta por su beneficio de medicamentos, puede presentar una solicitud de reembolso a Humana Gold Plus Integrated.

Envíenos la factura y el comprobante de pago realizado. Dicho comprobante puede ser una copia del cheque que extendió o un recibo del proveedor. Es una buena idea hacer copias de las facturas y los recibos para sus registros. Puede pedir ayuda a su coordinador de cuidado médico.

Si desea asegurarse de darnos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamación para realizar su solicitud de pago.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

- No es necesario que utilice este formulario, pero nos ayuda a procesar la información más rápidamente.
- Puede obtener una copia del formulario en nuestro sitio web (<https://www.Humana.com/medicare/pharmacy/tools/medicare-drug-list/>), o bien llamando a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página y solicitar el formulario.

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con todas las facturas o recibos a esta dirección:

Humana Pharmacy Solutions
P.O. Box 14140
Lexington, KY 40512-4140
O por fax al 1-866-754-5362

Debe enviarnos la reclamación en el transcurso de los tres meses posteriores al final del año en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

C. Tomaremos una decisión de cobertura

Cuando recibamos su solicitud de pago, tomaremos una *decisión de cobertura*. Esto significa que decidiremos si el plan cubre determinado servicio del cuidado de la salud o medicamento. También decidiremos qué cantidad debe pagar por el servicio de cuidado de la salud o medicamento (si corresponde).

- Le haremos saber si necesitamos más información de su parte.
- Si decidimos cubrir el servicio de cuidado de la salud o medicamento y si usted cumple las reglas correspondientes, pagaremos la parte del costo que nos corresponde. Si usted ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos un cheque por la parte del costo que nos corresponde. Si usted aún no ha pagado el servicio o el medicamento, le pagaremos directamente al proveedor.
- En el Capítulo 3, Sección B, página 26 se explican las reglas para obtener cobertura por servicios. En el Capítulo 5, Sección Introducción, página 84 se explican las reglas para obtener cobertura por medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.
- Si decidimos no pagar la parte del costo que nos corresponde por el servicio o medicamento en cuestión, le enviaremos una carta explicándole la razón. La carta también le explicará su derecho a presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9, Sección 4, página 129.

D. Puede presentar una apelación

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago, puede solicitarnos que modifiquemos nuestra decisión. Esto se denomina *presentar una apelación*. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la cantidad que pagamos.

- La apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límite importantes. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9, Sección 4, página 129.
- Si desea presentar una apelación sobre reembolsos de servicios de cuidado de la salud, consulte el Capítulo 9, Sección 5.5, página 142.
- Si desea presentar una apelación sobre el reembolso de un medicamento, consulte el Capítulo 9, Sección 6.1, página 143.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Contenido

Introducción	109
A. Usted tiene derecho a obtener información de una manera que satisfaga sus necesidades	109
B. Debemos tratarlo con respeto, justicia y dignidad en todo momento	109
C. Debemos garantizar que tenga acceso a los servicios y medicamentos cubiertos oportunamente ..	110
D. Debemos proteger su información personal de salud	111
Cómo protegemos la información sobre su salud	111
Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos	111
E. Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos	117
F. Los proveedores de la red no pueden facturarle a usted directamente	118
G. Usted tiene derecho a abandonar el plan en cualquier momento	119
H. Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre sus servicios de cuidado de la salud	119
Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre sus servicios de cuidado de la salud	119
Usted tiene derecho a decir qué quiere que suceda si no está en condiciones de tomar decisiones sobre los servicios de cuidado de la salud por sí mismo	119
Qué debe hacer si no se siguen sus instrucciones	120
I. Usted tiene derecho a presentar quejas y a solicitarlos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado	121
Qué debe hacer si considera que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no son respetados	121
Cómo obtener más información sobre sus derechos	121
J. Usted también tiene responsabilidades como afiliado del plan	122



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Introducción

En este capítulo, encontrará sus derechos y responsabilidades como afiliado del plan. Nosotros debemos respetar sus derechos. Usted está en libertad de ejercer estos derechos, y el ejercicio de estos derechos no afectará negativamente la manera como se le trata.

A. Usted tiene derecho a obtener información de una manera que satisfaga sus necesidades

Tenemos que informarle sobre los beneficios del plan y sus derechos de una forma que usted pueda comprender. Tenemos que informarle sobre sus derechos cada año que usted sea afiliado de nuestro plan.

- Para obtener información en una forma que pueda comprender, llame a Atención al cliente al número que aparece en la parte inferior de la página. Nuestro plan tiene personal que puede responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle sus materiales en otros idiomas, además de español, y en formatos tales como letra grande, Braille o audio. Puede hacer un PEDIDO PERMANENTE para recibir los materiales, ahora y en el futuro, en otro idioma que no sea inglés o en un formato alternativo llamando a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página. Para obtener información en una forma que pueda comprender, llame a Atención al cliente. Nuestro plan tiene personal que puede responder preguntas en diferentes idiomas. Existen materiales en español disponibles a solicitud. Para obtener asistencia en otros idiomas puede contactar con nuestro servicio gratuito de intérpretes al número de Atención al cliente que está en la parte inferior de la página.
- Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan debido a problemas con el idioma o una discapacidad, y quiere presentar una queja, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede presentar una queja a Medicaid llamando al 804-786-6145. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-343-0634.

B. Debemos tratarlo con respeto, justicia y dignidad en todo momento

Nuestro plan debe respetar las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** a los afiliados por ninguno de los siguientes motivos:

- Edad
- Historia clínica
- Apelaciones
- Capacidad mental
- Comportamiento
- Discapacidad física o mental
- Reclamaciones presentadas
- Nacionalidad de origen
- Origen étnico
- Raza
- Evidencia de asegurabilidad
- Servicios de cuidado de la salud recibidos
- Identidad de género
- Religión
- Información genética
- Sexo
- Ubicación geográfica dentro del área de servicio
- Orientación sexual
- Estado de salud
- Uso de los servicios



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

Según las normas del plan, usted tiene derecho a permanecer libre de cualquier forma de encierro físico o reclusión que se utilice como medio de coacción, fuerza, disciplina, conveniencia o represalia.

No podemos negarle servicios ni evitar que ejerza sus derechos.

- Para obtener más información o si tiene inquietudes relacionadas con la discriminación o el trato injusto, llame a la Oficina de Derechos Civiles del **Departamento de Salud y Servicios Humanos** al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697).
- También puede llamar a la Oficina de Derechos Civiles local:
Office of Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
150 S. Independence Mall West, Suite 372
Public Ledger Building
Philadelphia, PA 19106-9111
Línea gratuita: 1-800-368-1019
TDD: 1-800-537-7697
- Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder al cuidado médico o a un proveedor, llame a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página. Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Atención al cliente puede ayudarle.

C. Debemos garantizar que tenga acceso a los servicios y medicamentos cubiertos oportunamente

Si no puede recibir los servicios dentro de una cantidad de tiempo razonable, tenemos que pagar por su cuidado médico fuera de la red.

Como afiliado de nuestro plan:

- Usted tiene derecho a elegir un médico o proveedor de cuidado primario (PCP) de la red del plan. Un *proveedor de la red* es aquel que trabaja con el plan de salud.
 - Llame a Atención al cliente o busque en el *Directorio de proveedores y de farmacias* para saber qué médicos aceptan pacientes nuevos.
- Tiene derecho a ir a un ginecólogo u otro especialista en salud de la mujer sin un referido. Un *referido* es una orden por escrito de su proveedor de cuidado primario.
- Usted tiene derecho a recibir los servicios cubiertos de proveedores de la red dentro de un período razonable.
 - Esto incluye el derecho a recibir servicios de especialistas oportunamente.
- Usted tiene derecho a recibir servicios en casos de emergencia o cuidado que se necesita con urgencia sin aprobación previa.
- Usted tiene derecho a obtener sus medicamentos recetados en cualquier farmacia de nuestra red sin demasiada demora.
- Usted tiene derecho a saber cuándo puede ver a un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el Capítulo 3, Sección D, página 29.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

En el Capítulo 9, Sección 10, página 164 se indica qué puede hacer si considera que no está recibiendo los servicios o medicamentos dentro de un período razonable. En el Capítulo 9, Sección 5.3, página 135 también se indica qué puede hacer si le denegamos la cobertura de sus servicios o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión.

D. Debemos proteger su información personal de salud

Nosotros protegemos su información personal de salud según lo exigen las leyes federales y estatales.

- Su información personal de salud incluye la información que nos dio cuando se inscribió en este plan. También incluye sus expedientes médicos y otra información médica y de la salud.
- Usted tiene derecho a obtener información y controlar cómo se utiliza la información sobre su salud. Le entregamos un aviso por escrito en la cual se le informan estos derechos. El aviso se llama “Aviso de prácticas de privacidad”. El aviso también explica cómo protegemos la privacidad de la información sobre su salud.

Cómo protegemos la información sobre su salud

- Nosotros nos aseguramos de que ninguna persona no autorizada tenga acceso a sus expedientes ni los modifique.
- En la mayoría de las situaciones, no le damos la información sobre su salud a nadie que no le provea o pague su cuidado médico. Si lo hacemos, *primero debemos obtener su permiso por escrito*. Usted o alguien que tenga el poder legal de tomar decisiones por usted pueden dar el permiso por escrito.
- En ciertos casos no es necesario que obtengamos primero su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o se exigen por ley.
 - Tenemos la obligación de divulgar información sobre la salud a agencias del gobierno que verifican la calidad de nuestro cuidado médico.
 - Tenemos la obligación de proporcionarle a Medicare y Medicaid la información sobre su salud y sus medicamentos. Si Medicare o Medicaid divulgan su información con fines de investigación u otros usos, lo harán según las leyes federales y/o estatales aplicables.

Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos

- Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos y obtener una copia para sus registros. Tenemos permitido cobrarle un cargo por hacer una copia de sus expedientes médicos.
- Usted tiene derecho a solicitarnos que actualicemos o corrijamos sus expedientes médicos. Si nos lo solicita, determinaremos con su proveedor de servicios de cuidado de la salud si se deben hacer los cambios.
- Usted tiene derecho a saber si su información sobre la salud se compartió con otras personas y cómo se distribuyó.

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre la privacidad de la información personal sobre su salud, llame a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Aviso sobre Prácticas de Privacidad Para su información personal de salud

ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN LA QUE PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED, ASÍ COMO LA FORMA EN LA QUE USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETALLADAMENTE.

La privacidad de su información personal y de salud es de fundamental importancia. Usted no necesita hacer nada a menos que tenga una solicitud o alguna queja.

Nos reservamos el derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, según lo permita la ley. Esto incluye el derecho a hacer cambios a nuestras prácticas de privacidad y a los términos revisados de nuestro aviso en vigencia para toda la información personal y de salud que conservemos. Esto incluye la información que generamos o recibimos antes de haber efectuado los cambios. Cuando realicemos un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, modificaremos este aviso y enviaremos a los afiliados de nuestros planes de salud el correspondiente aviso.

¿Qué es la información personal y de salud?

La información personal y de salud, que de ahora en adelante será denominada “información”, incluye tanto información médica como información que permite la identificación individual, como su nombre, dirección, número de teléfono o número de Seguro social. El término “información” que aparece en este aviso incluye toda información personal y de salud que genera o recibe un proveedor de cuidado médico o un plan de salud que se relaciona con su salud física o mental o su afección, la prestación de cuidado médico que usted recibe o el pago de ese cuidado médico. Protegemos esta información en todos los formatos, incluida la información electrónica, escrita y oral.

¿Cómo protegemos su información?

En el marco de las leyes federales y estatales, y nuestra propia política, tenemos la responsabilidad de proteger la privacidad de su información. Implementamos garantías para proteger su información de diversas maneras, entre las que se incluyen:

- Limitar el acceso de quiénes pueden ver su información.
- Limitar el modo en que usamos o divulgamos su información.
- Informarle de nuestras obligaciones legales con respecto a su información.
- Capacitar a nuestros asociados sobre las políticas y los procedimientos de privacidad de la compañía.

¿Cómo usamos y divulgamos su información?

Debemos usar y divulgar su información:

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

Tenemos derecho a usar y divulgar su información:

- A un médico, hospital u otro proveedor de cuidado médico para que usted pueda recibir cuidado médico.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

- Para actividades de pago, incluido el pago de las reclamaciones de los servicios cubiertos que le fueran provistos por proveedores de cuidado médico y el pago de las primas del plan de salud.
- Para actividades operativas de servicios de cuidado de la salud, que incluyen el procesamiento de su inscripción, la respuesta a solicitudes y pedidos de servicios, la coordinación del cuidado médico, la resolución de disputas, la gestión de administración médica, el perfeccionamiento de la calidad, la revisión de la competencia de los profesionales del cuidado de la salud y la determinación de las primas.
- Para realizar actividades de suscripción. No obstante, no usaremos ningún resultado de exámenes genéticos ni haremos preguntas con respecto a su historia familiar.
- Al patrocinador del plan, para permitirle desempeñar las funciones de administración del plan, como las actividades relacionadas con la elegibilidad, la inscripción y la desafiliación. Podemos compartir información resumida sobre su salud con el patrocinador del plan en determinadas situaciones como, por ejemplo, permitirle al patrocinador de su plan obtener ofertas de otros planes de salud. No compartiremos información detallada sobre su salud con el patrocinador de su plan a menos que usted nos dé su autorización o que su patrocinador del plan haya certificado que se compromete a mantener la privacidad de su información.
- Para darle a usted información sobre beneficios y servicios relacionados con la salud, recordatorios de citas o alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés, si no ha pedido quedar excluido como se describe abajo.
- A sus familiares y amigos si usted no puede comunicarse, como en un caso de emergencia.
- A sus familiares y amigos o a cualquier otra persona que usted identifique, siempre y cuando la información sea directamente pertinente con la participación de dichas personas en su cuidado de la salud o en el pago de dicho cuidado. Por ejemplo, si un familiar o cuidador nos llama con conocimiento previo de una reclamación, nosotros podemos confirmar si la reclamación ha sido recibida y pagada o no.
- Para proveer información de pago al suscriptor como fundamento ante el Servicio de Impuestos Internos.
- A agencias de salud pública, si consideramos que existe una amenaza grave a la salud o seguridad.
- A las autoridades pertinentes con respecto a temas como abuso, negligencia o violencia familiar.
- En respuesta a una orden administrativa o del tribunal, citación, solicitud de revelación u otros procesos legales.
- A los fines de la aplicación de la ley, a las autoridades militares y según lo exija de algún otro modo la ley.
- Para colaborar en tareas de recuperación en caso de desastres.
- Para programas de cumplimiento y actividades de supervisión de la salud.
- Para cumplir con nuestras obligaciones en virtud de cualquier ley o contrato del Programa de compensación laboral.
- Para evitar una grave e inminente amenaza para su salud o seguridad o para la salud o seguridad de otras personas.
- Con fines de investigación en circunstancias limitadas.
- Para obtención, remisión al banco de órganos, o trasplante de órganos, ojos o tejido.
- A un médico patólogo forense, examinador médico o director de funeraria.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

¿Usaremos su información para fines no descritos en este aviso?

En todas las situaciones distintas a las descritas en este aviso, le solicitaremos su autorización escrita antes de usar o divulgar su información. Usted puede revocar su autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito. No utilizaremos ni divulgaremos su información por ninguna razón que no haya sido descrita en este aviso sin su autorización. Los siguientes usos y divulgaciones requerirán una autorización:

- La mayoría de usos y divulgaciones de las notas de psicoterapia.
- Para fines de mercadeo.
- La venta de la información de salud protegida.

¿Qué hacemos con su información cuando deja de ser afiliado o cuando no obtiene cobertura a través de nosotros?

La información puede seguir siendo utilizada para los fines descritos en este aviso una vez finalizada su afiliación o cuando no obtenga cobertura a través de nosotros. Después del período de retención legal obligatorio, la información se destruye siguiendo procedimientos estrictos para mantener la confidencialidad.

¿Cuáles son mis derechos con respecto a mi información?

Los derechos que usted tiene con respecto a su información se explican a continuación. Tenemos el compromiso de responder a su solicitud de derechos de manera oportuna:

- **Acceso:** usted tiene derecho a revisar y obtener una copia de la información que se puede utilizar para tomar decisiones sobre su persona, tales como reclamaciones y registros de coordinación de servicios o expedientes médicos. También puede recibir un resumen de esta información de salud. Si solicita copias, podemos cobrarle un cargo por cada página, por hora de trabajo del personal para localizar y copiar su información, y por el franqueo.
- **Decisión de suscripción adversa:** si Humana rechaza su solicitud de seguro, usted tiene derecho a que se le informen los motivos del rechazo o de la decisión de suscripción adversa. (Este derecho corresponde únicamente a los residentes de Massachusetts de acuerdo con las reglamentaciones del estado).
- **Comunicaciones alternativas:** usted tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales de información de una manera distinta o en un lugar diferente para evitar una situación que ponga en peligro la vida. Haremos los arreglos necesarios siempre y cuando su solicitud sea razonable.
- **Enmienda:** usted tiene derecho a solicitar una enmienda de la información que mantenemos sobre usted si considera que la información es incorrecta o está incompleta. Podemos negar su solicitud si no generamos la información, si no mantenemos la información o si la información es precisa y completa. Si le denegamos su solicitud, le enviaremos una explicación por escrito de los motivos de la denegación.
- **Divulgación:** usted tiene derecho a recibir una lista de los casos en los que nosotros o nuestros socios comerciales hayamos divulgado su información con otros fines que no hayan sido el tratamiento, el pago, operaciones del plan de salud y otras actividades determinadas. Nosotros mantenemos esta información y la ponemos a su disposición durante un período de seis años, previa solicitud por su parte. Si solicita esta lista más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle un cargo razonable basado en los costos por responder a estas solicitudes adicionales.
- **Aviso:** usted tiene derecho a recibir una copia escrita de este aviso en cualquier momento que la solicite.
- **Restricción:** usted tiene derecho a solicitar la restricción de los usos o las divulgaciones de su información. No se nos exige aceptar estas restricciones, pero si lo hacemos, acataremos nuestro acuerdo. Usted también tiene derecho a aceptar o poner término a una restricción previamente presentada.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

¿Qué tipos de comunicaciones que me hagan puedo optar por no recibir?

- Recordatorios de citas
- Alternativas de tratamiento u otros servicios y beneficios relacionados con la salud
- Actividades para recaudar fondos

¿Cómo ejerzo mis derechos o cómo obtengo una copia de este aviso?

Todos sus derechos de privacidad se pueden ejercer mediante la obtención de los formularios de solicitud de derechos de privacidad pertinentes. Para obtener cualquiera de estos formularios:

- Contáctenos al 1-866-861-2762 en cualquier momento.
- Acceda a nuestro sitio web en **espanol.humana.com** y vaya al enlace Privacy Practices (Prácticas de privacidad).
- Envíenos un mensaje de correo electrónico a **privacyoffice@Humana.com**.
- Envíe el formulario de solicitud completado a:

Humana Inc.
Privacy Office 003/10911
101 E. Main Street
Louisville, KY 40202

¿Qué debo hacer si considero que se ha violado mi privacidad?

Si cree que se ha violado su privacidad de cualquier manera, puede presentar una queja ante nosotros llamándonos al 1-866-861-2762 en cualquier momento.

También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés). Le suministraremos la dirección regional de la OCR que corresponda si usted así lo solicita. También tiene la opción de enviar su queja por correo electrónico a OCRComplaint@hhs.gov. Respaldamos su derecho a proteger la privacidad de su información personal y de salud. No será objeto de represalia alguna si opta por presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Cumplimos todas las leyes, normas y reglamentos federales y estatales relacionados con la protección de la información personal y de salud. En situaciones en las que exista conflicto entre las leyes, normas y reglamentos federales y estatales, cumplimos la ley, norma o reglamento que provea mayor protección a los afiliados.

¿Qué sucederá si mi información es usada o divulgada de manera indebida?

Usted tiene el derecho de recibir el aviso de que se ha producido un incumplimiento como resultado de un uso o una divulgación indebida de su información privada de salud protegida. Le notificaremos de manera oportuna si ocurre una violación de este tipo.

Las siguientes afiliadas y subsidiarias también se adhieren a nuestros procedimientos y políticas de privacidad:

American Dental Plan of North Carolina, Inc.
American Dental Providers of Arkansas, Inc.
Arcadian Health Plan, Inc.
CarePlus Health Plans, Inc.
Cariten Health Plan, Inc.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **espanol.humana.com**.

Cariten Insurance Company
CHA HMO, Inc.
CompBenefits Company
CompBenefits Dental, Inc.
CompBenefits Insurance Company
CompBenefits of Alabama, Inc.
CompBenefits of Georgia, Inc.
Corphealth Provider Link, Inc.
DentiCare, Inc.
Emphesys, Inc.
Emphesys Insurance Company
HumanaDental Insurance Company
Humana AdvantageCare Plan, Inc., anteriormente conocida como Metcare Health Plans, Inc.
Humana Behavioral Health
Humana Benefit Plan of Illinois, Inc. anteriormente conocida como OSF Health Plans, Inc.
Humana Employers Health Plan of Georgia, Inc.
Humana Health Benefit Plan of Louisiana, Inc.
Humana Health Company of New York, Inc.
Humana Health Insurance Company of Florida, Inc.
Humana Health Plan of California, Inc.
Humana Health Plan of Ohio, Inc.
Humana Health Plan of Texas, Inc.
Humana Health Plan, Inc.
Humana Health Plans of Puerto Rico, Inc.
Humana Insurance Company
Humana Insurance Company of Kentucky
Humana Insurance Company of New York
Humana Insurance of Puerto Rico, Inc.
Humana MarketPOINT, Inc.
Humana MarketPOINT of Puerto Rico, Inc.
Humana Medical Plan, Inc.
Humana Medical Plan of Michigan, Inc.
Humana Medical Plan of Pennsylvania, Inc.
Humana Medical Plan of Utah, Inc.
Humana Pharmacy, Inc.
Humana Regional Health Plan, Inc.
Humana Wisconsin Health Organization Insurance Corporation
Managed Care Indemnity, Inc.
Preferred Health Partnership of Tennessee, Inc.
The Dental Concern, Inc.
The Dental Concern, Ltd.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

E. Debemos proporcionarle información sobre el plan, sus proveedores de red y sus servicios cubiertos

Como afiliado de Humana Gold Plus Integrated, usted tiene derecho a obtener información a través de nosotros. Si no habla inglés, tenemos intérpretes gratis para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud. Para utilizar los servicios de un intérprete, simplemente llámenos al 1-855-280-4002 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. No obstante, tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada fuera del horario normal de trabajo, los fines de semana y los días festivos. Por favor, deje su nombre y número de teléfono, y le devolveremos la llamada antes de finalizar el próximo día laborable. Visite espanol.humana.com donde tendrá acceso las 24 horas a información como la historia de reclamaciones, la elegibilidad y la lista de medicamentos de Humana. Allí, también puede utilizar la herramienta de búsqueda de proveedores “Physician Finder” y obtener noticias e información de salud. Este servicio es gratuito. Existen materiales en español disponibles a solicitud. Para obtener asistencia en otros idiomas puede contactar con nuestro servicio gratuito de intérpretes al número indicado más arriba. También podemos proporcionarle información en letra grande, Braille o audio. Puede solicitar formatos alternativos llamando a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página.

Si quiere algo de lo siguiente, llame a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página:

- **Información sobre cómo elegir o cambiar de plan**
- **Información sobre nuestro plan, que incluye:**
 - Información financiera
 - Cómo han calificado al plan sus afiliados
 - La cantidad de apelaciones presentadas por los afiliados
 - Cómo dejar el plan
- **Información sobre los proveedores y farmacias de nuestra red, que incluye:**
 - Cómo elegir o cambiar de proveedor de cuidado primario
 - Las acreditaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red
 - Cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red
 - Para obtener una lista de los proveedores y farmacias de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores y de farmacias*. Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, llame a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página, o visite nuestro sitio web en espanol.humana.com.
- **Información sobre los servicios y medicamentos cubiertos y las normas que debe seguir, lo que incluye:**
 - Servicios y medicamentos cubiertos por el plan
 - Límites en su cobertura y medicamentos
 - Normas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos cubiertos



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

- **Información sobre los motivos por los cuales algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto, lo que incluye:**
 - Pedirnos que expliquemos por escrito por qué algo no está cubierto
 - Solicitarnos que cambiemos una decisión que tomamos
 - Solicitarnos que paguemos una factura que recibió

Cobertura de nuevos procedimientos y dispositivos médicos:

Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care decide acerca de la cobertura de los nuevos procedimientos y dispositivos médicos de manera continuada. Esto sucede mediante la revisión de materiales médicos evaluados por médicos para ver si la nueva tecnología es eficaz y segura. También se basamos en las orientaciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), que a menudo toma decisiones de cobertura a nivel nacional sobre nuevos dispositivos o procedimientos médicos.

Control de la utilización (UM, por sus siglas en inglés):

Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care desea que usted obtenga el cuidado médico correcto del proveedor adecuado y en el momento oportuno. Para que así sea, trabajamos con sus médicos y hospitales para asegurar de que el número de días que permanezca en el hospital y los servicios que reciba sean necesarios por razones médicas y apropiados para su situación médica.

Es importante entender que:

- La toma de decisiones de control de la utilización se basa solamente en lo apropiado del cuidado médico y el servicio, y en la existencia de cobertura.
- Nosotros no recompensamos específicamente a los profesionales médicos ni a otros individuos por emitir denegaciones de cobertura.
- Los incentivos financieros para los que toman las decisiones de Control de la utilización (UM) no incentivan las decisiones que llevan a una infrautilización.

El plan Humana Gold Plus Integrated (Plan Medicare-Medicaid) cuenta con personas y servicios de interpretación de idiomas gratuitos para responder las preguntas relacionadas con el control de la utilización de los afiliados que no hablan inglés. Contacte a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página.

Programa para el mejoramiento de la calidad (QI, por sus siglas en inglés):

Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care desea proveerle cuidado médico 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 afiliados. Este se encuentra disponible en el sitio web de Humana en Member Guidelines/Important Member Information (Pautas para afiliados/Información importante para afiliados). Para solicitar una copia impresa, llame a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página o escribanos a: Humana Quality Operations and Compliance Department, QI Program, 321 West Main, WFP 20, Louisville, KY 40202.

F. Los proveedores de la red no pueden facturarle a usted directamente

Los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden obligarle a que pague los servicios cubiertos. Tampoco pueden cobrarle si pagamos menos de lo que el proveedor nos cobra. Para saber qué debe hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle los servicios cubiertos, consulte el Capítulo 7, Sección B, página 106.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

G. Usted tiene derecho a abandonar el plan en cualquier momento

Nadie puede obligarlo a permanecer en nuestro plan si usted no quiere. Puede irse del plan en cualquier momento. Su afiliación terminará el último día del mes en que usted solicita cambiar su plan. Si abandona nuestro plan, seguirá estando en los programas de Medicare y Medicaid siempre que sea elegible. Tiene derecho a recibir la mayoría de sus servicios de cuidado de la salud a través de Medicare original o de un Plan Medicare Advantage. Puede obtener sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare de un plan de medicamentos recetados o de un Plan Medicare Advantage. Puede obtener sus servicios de Medicaid a través de cualquier proveedor inscrito con Medicaid.

H. Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre sus servicios de cuidado de la salud

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre sus servicios de cuidado de la salud

Usted tiene derecho a obtener información completa a través de sus médicos u otros proveedores del cuidado de la salud cuando recibe servicios. Sus proveedores deben explicarle su afección y opciones de tratamiento *de una forma que usted pueda comprender*.

- **Conozca sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre todos los tipos de tratamiento disponibles.
- **Conozca los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le informe si hay algún riesgo asociado. Se le debe comunicar con anticipación si algún servicio o tratamiento forma parte de un experimento de investigación. Tiene derecho a negarse a recibir tratamientos experimentales.
- **Puede contar con una segunda opinión.** Usted tiene derecho a ver a otro médico antes de tomar una decisión sobre un tratamiento.
- **Puede decir “no”.** Tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a irse de un hospital u otro centro médico, aunque su médico le recomiende no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar un medicamento. Si se niega a recibir un tratamiento o deja de tomar un medicamento, no será dado de baja del plan. Sin embargo, si se niega a recibir un tratamiento o deja de tomar un medicamento, asume toda la responsabilidad por lo que le pase.
- **Puede pedirnos que le expliquemos por qué un proveedor le negó cuidado médico.** Usted tiene derecho a que le demos una explicación si un proveedor le niega el cuidado médico que usted considera que debería recibir.
- **Puede pedirnos que cubramos un servicio o medicamento que se le negó o que generalmente no está cubierto.** Esto se denomina una “decisión de cobertura”. En el Capítulo 9, Sección 6.1, página 143, se indica cómo solicitarle al plan una decisión de cobertura.

Usted tiene derecho a decir qué quiere que suceda si no está en condiciones de tomar decisiones sobre los servicios de cuidado de la salud por sí mismo

A veces la gente no puede tomar decisiones sobre servicios de cuidado de la salud por sí sola. Antes de que esto le suceda, puede:

- Completar un formulario escrito para **otorgarle a alguien el derecho a tomar decisiones sobre los servicios de cuidado de la salud por usted**.
- **Darle a sus médicos instrucciones por escrito** sobre la forma en que quiere que manejen sus servicios de cuidado de la salud si usted no está en condiciones de tomar decisiones por sí mismo.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

El documento legal que puede utilizar para dar sus indicaciones se llama *instrucciones anticipadas*. Existen diversos tipos de instrucciones anticipadas y diferentes formas de llamarlas. Por ejemplo, un *testamento vital* y un *poder notarial para servicios de cuidado de la salud*.

No está obligado a utilizar las instrucciones anticipadas, pero puede hacerlo si lo desea. Esto es lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener el formulario de instrucciones anticipadas de Virginia en <http://www.vdh.virginia.gov/OLC/documents/2011/pdfs/2011-VA-AMD-Simple.pdf>. Puede obtener un formulario de su médico, un abogado, una agencia de servicios legales o un asistente social. Las organizaciones que ofrecen información sobre Medicare o Medicaid (*Departamento de Servicios Sociales local, Agencias Regionales para el Envejecimiento (en inglés), Departamento de Virginia para el Envejecimiento y los Servicios Rehabilitativos (DARS, por sus siglas en inglés) y Centros de Vida Independiente de Virginia*) también pueden disponer del formulario de instrucciones anticipadas. También puede contactar con Atención al cliente para pedir los formularios.
- **Complete y firme el formulario.** El formulario es un documento legal. Debería considerar la posibilidad de que un abogado le ayude a prepararlo.
- **Entregue copias a las personas que deben estar informadas al respecto.** Debe darle una copia del formulario a su médico. También debe darle una copia a la persona que usted designa como la encargada de tomar decisiones por usted. Tal vez también quiera darles copias a sus amigos cercanos o familiares. Asegúrese de conservar una copia en su hogar.

Si usted va a ser hospitalizado y firmó instrucciones anticipadas, **lleve una copia al hospital.**

- En el hospital le preguntarán si firmó un formulario de instrucciones anticipadas y si lo tiene consigo.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde, es su elección firmar instrucciones anticipadas o no.

Qué debe hacer si no se siguen sus instrucciones

Si usted firmó instrucciones anticipadas y cree que un médico o un hospital no las han seguido, puede presentar una queja ante las siguientes organizaciones.

Para quejas sobre médicos y otros proveedores, contacte con la División de Aplicación de las Leyes del Departamento de Profesiones de la Salud de Virginia:

LLAME AL	Número de teléfono gratuito: 1-800-533-1560 Teléfono local: 804-367-4691
ESCRIBA A	Virginia Department of Health Professions Enforcement Division 9960 Mayland Drive, Suite 300 Henrico, Virginia 23233-1463
FAX	804-527-4424
CORREO ELECTRÓNICO	enfcomplaints@dhp.virginia.gov
SITIO WEB	http://www.dhp.virginia.gov/Enforcement/complaints.htm



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Para quejas sobre centros de enfermería, hospitales para pacientes ambulatorios e internados, centros de interrupción del embarazo, organizaciones de cuidado médico en el hogar, programas de hospicio, centros de diálisis, laboratorios clínicos y organizaciones de cuidado médico administrado, contacte con la Oficina de Licencias y Certificación del Departamento de Salud de Virginia:

LLAME AL	Número de teléfono gratuito: 1-800-955-1819 Teléfono local: 804-367-2106
ESCRIBA A	Virginia Department of Health Office of Licensure and Certification 9960 Mayland Drive, Suite 401 Henrico, Virginia 23233-1463
FAX	804-527-4503
CORREO ELECTRÓNICO	OLC-Complaints@vdh.virginia.gov
SITIO WEB	http://www.vdh.state.va.us/olc/complaint/

I. Usted tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado

En el Capítulo 9, Sección 1, página 127 se indica qué puede hacer si tiene algún problema o inquietud sobre su cuidado médico o servicios cubiertos. Por ejemplo, podría solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación ante nosotros para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja.

Usted tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y quejas que otros afiliados presentaron contra nuestro plan. Para obtener esta información, llame a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página.

Qué debe hacer si considera que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no son respetados

Si considera que ha sido tratado injustamente, y no es un caso de discriminación por los motivos enumerados en la página 109—puede obtener ayuda de las siguientes maneras:

- Puede **llamar a Atención al cliente**.
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo contactarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección E, página 19.
- Puede **llamar al Mediador del Commonwealth Coordinated Care**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo contactarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección I, página 22.
- Puede **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varias formas de obtener más información sobre sus derechos:



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

- Puede llamar a **Atención al cliente**.
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo contactarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección E, página 19.
- Puede **llamar al Mediador del Commonwealth Coordinated Care**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo contactarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección I, página 22.
- Puede **contactar con Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar “Medicare Rights & Protections” (Derechos y protecciones de Medicare). (Visite www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11534.pdf).
 - O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

J. Usted también tiene responsabilidades como afiliado del plan

Como afiliado del plan, tiene la responsabilidad de hacer lo que se indica a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página.

- **Lea el Manual para los afiliados para saber qué está cubierto y cuáles son las normas que debe seguir para recibir los servicios y medicamentos cubiertos.**
 - Para conocer los detalles de sus servicios cubiertos, consulte el Capítulo 3, Sección A, página 26 y el Capítulo 4, Sección D, página 43. Esos capítulos le indican qué está cubierto, qué no está cubierto, qué normas debe seguir y qué debe pagar.
 - Para conocer los detalles de sus medicamentos cubiertos, consulte el Capítulo 5, Sección B, página 88 y el Capítulo 6, Sección Introducción, página 97.
- **Infórmenos si tiene alguna otra cobertura de salud o para medicamentos recetados.** Debemos asegurarnos de que esté utilizando todas sus opciones de cobertura cuando reciba cuidado de la salud. Llame a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página si tiene otra cobertura.
- **Dígalos a su médico y otros proveedores de servicios de cuidado de la salud que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de identificación de afiliado cada vez que reciba servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores de servicios de cuidado de la salud a que le den la mejor cuidado médico.**
 - Bríndeles la información que necesitan sobre usted y su salud. Aprenda lo más que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus proveedores acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores conozcan todos los medicamentos que utiliza. Esto incluye medicamentos recetados, medicamentos de venta sin receta, vitaminas y complementos.
 - Si tiene alguna duda, pregunte. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una forma que usted pueda entender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

- **Tenga consideración.** Esperamos que todos nuestros afiliados respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que actúe con respeto en el consultorio de su médico, los hospitales y los consultorios de otros proveedores.
- **Pague lo que adeuda.** Como afiliado del plan, usted es responsable de los pagos siguientes:
 - Primas de la Parte A y la Parte B de Medicare. En el caso de la mayoría de los afiliados de Humana Gold Plus Integrated, Medicaid paga su prima de la Parte A y su prima de la Parte B.
 - Para algunos de los medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo cuando obtiene el medicamento. Esto será un copago (una cantidad fija). En el Capítulo 6, Sección C, página 99 encontrará lo que usted debe pagar por sus medicamentos.
 - Si obtiene algún servicio o medicamento que no está cubierto por nuestro plan, usted debe pagar el costo total.
 - Si tiene un pago a cargo del paciente por el centro de enfermería o servicios de exención para ancianos y discapacitados que reciben servicios controlados por el consumidor (EDCD), debe pagar al proveedor designado el pago a cargo del paciente cada mes. Si no realiza su pago a cargo del paciente, podría perder sus servicios.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9, Sección 6.5, página 149 para obtener más información sobre cómo presentar una apelación.
- **Notifique a su trabajador social a cargo de su elegibilidad del Departamento de Servicios Sociales local de cualquier cambio en ingresos, bonificaciones recibidas, herencias, etc.**
 - El Departamento de Servicios de Asistencia Médica de Virginia paga una prima mensual a Humana Gold Plus Integrated por su cobertura. Si se determina que no es elegible para meses anteriores de cobertura debido a que no presentó información veraz sobre cambios en sus circunstancias a su asistente social a cargo de su elegibilidad, podría tener que reembolsar las primas mensuales incluso si no recibió servicios médicos durante esos meses.
- **Díganos si se muda.** Si va a mudarse, es importante que nos lo diga de inmediato. Llame a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página.
 - **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede ser afiliado de nuestro plan.** En el Capítulo 1, Sección D, página 6 se habla sobre nuestra área de servicio. Podemos ayudarle a determinar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Durante un período especial de inscripción, puede pasar a Medicare original o inscribirse en un plan de salud o medicamentos recetados de Medicare en su nueva ubicación. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva área. Además, recuerde informarles a Medicare y Medicaid su nueva dirección cuando se mude. Consulte el Capítulo 2, Sección G, página 20 para conocer los números de teléfono de Medicare y Medicaid.
 - **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, también tenemos que saberlo.** Debemos mantener actualizado su archivo de afiliación y saber cómo contactarlo.
- **Llame a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes. También agradecemos cualquier sugerencia que tenga para mejorar nuestro plan.**



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Sección 6.2: ¿Qué es una excepción?	145
Sección 6.3: Aspectos importantes que debe tener presente a la hora de solicitar excepciones	146
Sección 6.4: Cómo solicitar una decisión de cobertura para un medicamento de la Parte D o el reembolso de un medicamento de la Parte D, incluida una excepción.....	147
Sección 6.5: Apelación de Nivel 1 para los medicamentos de la Parte D	149
Sección 6.6: Apelación de Nivel 2 para los medicamentos de la Parte D	151
Sección 7: Cómo solicitarnos que cubramos una estadía más prolongada en el hospital.....	152
Sección 7.1: Nociones sobre sus derechos de Medicare	153
Sección 7.2: Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital.....	153
Sección 7.3: Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital.....	155
Sección 7.4: ¿Qué sucede si dejo pasar la fecha límite de una apelación?	156
Sección 8: Qué debe hacer si cree que el cuidado médico en el hogar, el cuidado en un centro de enfermería especializada o los servicios de un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) terminan demasiado pronto.....	158
Sección 8.1: Le informaremos con antelación cuándo finalizará su cobertura	158
Sección 8.2: Apelación de Nivel 1 para que continúe su cuidado médico	159
Sección 8.3: Apelación de Nivel 2 para que continúe su cuidado médico	160
Sección 8.4: ¿Qué sucede si deja pasar la fecha límite para presentar una Apelación de Nivel 1?.....	161
Sección 9: Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2.....	163
Sección 9.1: Sigüentes pasos para los servicios y artículos de Medicare	163
Sección 9.2: Sigüentes pasos para los servicios y artículos de Medicaid	163
Sección 10: Cómo presentar una queja	164
Sección 10.1: Quejas internas	165
Sección 10.2: Quejas externas.....	166



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Sección 1: Introducción

Sección 1.1: Qué debe hacer si tiene un problema

En este capítulo se indica qué debe hacer si tiene un problema con su plan o con los servicios o pagos. Medicare y Medicaid aprobaron estos procesos. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y fechas límite que usted y nosotros debemos respetar.

Sección 1.2: ¿Y los términos legales?

Existen términos legales difíciles para algunas de las normas y fechas límite de este capítulo. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, por eso, utilizamos palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Evitamos el uso de abreviaturas en la medida de lo posible.

Por ejemplo, vamos a decir:

- “Presentar una queja” en lugar de “presentar una queja formal”
- “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura”
- “Decisión de cobertura rápida” en lugar de “determinación acelerada”

Conocer los términos legales apropiados puede servirle para comunicarse con más claridad, por eso también los proporcionamos.

Sección 2: Adónde llamar para recibir ayuda

Sección 2.1: Dónde obtener más información y ayuda

En ocasiones, puede resultar confuso comenzar o seguir el proceso indicado para resolver un problema. Esto puede ser especialmente cierto si usted no se siente bien o tiene poca energía. Otras veces, es posible que no tenga los conocimientos necesarios para dar el próximo paso.

Puede obtener ayuda del Mediador del Commonwealth Coordinated Care

Si necesita ayuda, siempre puede llamar al Mediador del Commonwealth Coordinated Care. Esta oficina puede responder sus preguntas y ayudarle a comprender qué debe hacer para manejar su problema. Esta oficina no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Pueden ayudarle a entender qué procesos utilizar. El número de teléfono del Mediador del Commonwealth Coordinated Care es el 1-800-552-5019 (TTY: 1-800-464-9950). Los servicios son gratuitos.

Puede obtener ayuda del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP)

También puede llamar a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP). En Virginia, este programa se llama el Programa de Asesoramiento y Asistencia de Seguros de Virginia (VICAP). Los asesores del VICAP pueden responder sus preguntas y ayudarle a comprender qué debe hacer para manejar su problema.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

El programa VICAP no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El VICAP tiene asesores capacitados, y los servicios son gratis. El número de teléfono del programa VICAP es el 1-800-552-3402.

Cómo obtener ayuda de Medicare

Puede llamar a Medicare directamente para obtener ayuda con sus problemas. Hay dos maneras de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los siete días de la semana. TTY: 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>).

Cómo obtener ayuda de Medicaid

Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, puede contactarse con el Departamento de Servicios de Asistencia Médica (DMAS):

- Llame al 804-786-6145 de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-343-0634.
- Visite el sitio web de DMAS en <http://www.dmas.virginia.gov>.

Sección 3: Problemas con sus beneficios

Sección 3.1: ¿Debe utilizar el proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O quiere presentar una queja?

Si tiene un problema o una inquietud, solo tiene que leer las partes de este capítulo que corresponden a su situación. El cuadro a continuación le ayudará a encontrar la sección adecuada de este capítulo cuando tenga problemas o quejas.

¿Su problema o inquietud es acerca de sus beneficios o cobertura?

(Esto incluye problemas relacionados con el hecho de que cierto cuidado médico o ciertos medicamentos recetados estén cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago del cuidado médico o los medicamentos recetados).

Sí.	No.
Mi problema es acerca de los beneficios o la cobertura.	Mi problema <u>no</u> es acerca de los beneficios o la cobertura.
Vaya a la sección siguiente de este capítulo, Sección 4, “Decisiones de cobertura y apelaciones” , en la página 129.	Pase directamente a la Sección 10 al final de este capítulo: “Cómo presentar una queja” , en la página 164.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

- Hable con **su médico u otro proveedor**. Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o apelación en su nombre.
- Hable con un **amigo o familiar** y pídale que actúen en su nombre. Puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si usted quiere que un amigo, pariente u otra persona sean su representante, llame a Atención al cliente y solicite el formulario de “Designación de representante”. También puede obtener el formulario en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> o en nuestro sitio web en **<https://www.humana.com/individual-and-family-support/tools/member-forms>**. El formulario le dará permiso a la persona para que actúe por usted. Deberá entregarnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a solicitarle a un abogado** que actúe en su nombre. Puede llamar a su propio abogado, o puede obtener el nombre de un abogado en el colegio de abogados local u otro servicio de referidos. Algunos grupos jurídicos le proveerán servicios legales gratis si usted es elegible. Si quiere que un abogado lo represente, deberá completar el formulario de Designación de representante.

Sin embargo, **no es necesario que tenga un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o para presentar una apelación.

Sección 4.3: ¿Qué sección de este capítulo le será de ayuda?

Existen cuatro tipos de situaciones diferentes relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones. Cada situación tiene diferentes normas y fechas límite. Dividimos este capítulo en diferentes secciones para ayudarle a encontrar las normas que debe respetar. **Solo tiene que leer la sección que corresponde a su problema:**

- **La Sección 5** en la página 132 le da información si usted tiene problemas con los servicios, artículos y medicamentos (pero no con los medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, utilice esta sección si:
 - Usted no está recibiendo cierto cuidado médico que desea, y considera que ese cuidado médico está cubierto por nuestro plan.
 - No aprobamos servicios, artículos o medicamentos que su médico quiere darle, y usted considera que este cuidado médico debería estar cubierto.
 - **NOTA:** solo use la Sección 5 si estos medicamentos **no** están cubiertos por la parte D. Los medicamentos en la *Lista de medicamentos cubiertos* con el texto de venta sin receta (OTC) no están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección 6 para obtener información sobre apelaciones por medicamentos de la Parte D.
 - Usted recibió cuidado médico o servicios que considera que deberían estar cubiertos, pero nosotros no pagamos este cuidado.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[espanol.humana.com](https://www.humana.com)**.

- Usted recibió y pagó servicios o artículos que pensó que estaban cubiertos y quiere solicitarnos que le hagamos un reembolso.
- A usted se le informa que se reducirá o dejará de ofrecer la cobertura del cuidado médico que ha estado recibiendo y no está de acuerdo con nuestra decisión.
 - **NOTA: si la cobertura que se dejará de ofrecer es de cuidado hospitalario, cuidado médico en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)**, debe leer una sección separada de este capítulo, ya que a estos tipos de cuidado se aplican normas especiales. Consulte las Secciones 7 y 8 en las páginas 152 y 158.
- **La Sección 6** en la página 143 le da información sobre los medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, utilice esta sección si:
 - Quiere solicitarnos que hagamos una excepción y cubramos un medicamento de la Parte D que no está en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos).
 - Quiere solicitarnos una exención de límites en la cantidad del medicamento que puede obtener.
 - Quiere solicitarnos que cubramos un medicamento que requiere aprobación previa.
 - No aprobamos su solicitud o excepción, y usted o su médico u otro profesional que receta consideran que deberíamos haberlo hecho.
 - Usted quiere solicitarnos que paguemos un medicamento recetado que ya compró. (Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre un pago).
- **La Sección 7** en la página 152 le da información sobre cómo solicitarnos que cubramos una estancia más prolongada en el hospital como paciente internado si considera que el médico le da de alta demasiado pronto. Utilice esta sección si:
 - Usted está en el hospital y considera que el médico le pidió dejar el hospital demasiado pronto.
- **La Sección 8** en la página 158 le da información si usted considera que el cuidado médico en el hogar, el cuidado en un centro de enfermería especializada o los servicios de un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) terminan demasiado pronto.

Si no tiene claro qué sección debería utilizar, llame a Atención al cliente al número que aparece en la parte inferior de la página.

Si necesita otra ayuda o información, llame al Mediador del Commonwealth Coordinated Care al 1-800-552-5019 (TTY: 1-800-464-9950).



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

Sección 5: Problemas con los servicios, artículos y medicamentos (no los medicamentos de la Parte D)

Sección 5.1: Cuándo utilizar esta sección

Esta sección explica qué debe hacer si tiene problemas con sus beneficios de servicios médicos, salud del comportamiento y cuidado médico a largo plazo. También puede utilizar esta sección si tiene problemas con medicamentos que no están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos de la Lista de medicamentos cubiertos con el texto de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés), no están cubiertos por la Parte D. Use la Sección 6 para obtener información sobre apelaciones por los medicamentos de la Parte D.

Esta sección le indica qué puede hacer si se encuentra en una de las cinco situaciones siguientes:

1. Usted considera que cubrimos un servicio médico, de salud del comportamiento o de cuidado médico a largo plazo que necesita pero que no está recibiendo.

Lo que puede hacer: puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. Vaya a la Sección 5.2 en la página 133 para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura.

2. No aprobamos el cuidado que su médico quiere darle y usted considera que debería haberlo aprobado.

Lo que puede hacer: puede apelar nuestra decisión de no aprobar el cuidado médico. Vaya a la Sección 5.3 en la página 135 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

3. Usted recibió servicios o artículos que piensa que cubrimos, pero nosotros no pagaremos.

Lo que puede hacer: puede apelar nuestra decisión de no pagar. Vaya a la Sección 5.3 en la página 135 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

4. Usted recibió y pagó artículos o servicios que pensó que estaban cubiertos y quiere que le reembolsemos los servicios o artículos.

Lo que puede hacer: puede solicitarnos que le reembolsemos el dinero. Vaya a la Sección 5.5 en la página 142 para obtener más información sobre cómo solicitarnos el pago.

5. Redujimos la cobertura de cierto servicio o dejamos de cubrirlo, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

Lo que puede hacer: puede apelar nuestra decisión de reducir o dejar de cubrir el servicio. Vaya a la Sección 5.3 en la página 135 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

NOTA: si la cobertura que se dejará de ofrecer es de cuidado hospitalario, cuidado médico en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), se aplican normas especiales. Lea las Secciones 7 u 8 en las páginas 152-163 para obtener más información.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Debe cumplir con los dos requisitos siguientes para obtener una decisión de cobertura rápida:

1. Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si nos está solicitando la cobertura de cuidado médico o un artículo *que aún no ha recibido*. (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si su solicitud está relacionada con el pago del cuidado de un artículo médico que ya recibió).
2. Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si la fecha límite estándar de 14 días podría *provocar daños graves a su salud o afectar a su capacidad funcional*.
 - **Si su médico dice que usted necesita una decisión de cobertura rápida, se la daremos automáticamente.**
 - Si usted solicita una decisión de cobertura rápida sin el respaldo de su médico, nosotros decidiremos si obtiene una decisión de cobertura rápida.
 - Si determinamos que su salud no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta. También utilizaremos la fecha límite estándar de 14 días calendario en su lugar.
 - En esa carta se le informará que si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, tomaremos una decisión de cobertura rápida automáticamente.
 - En la carta también se le informará cómo puede presentar una “queja rápida” respecto de nuestra decisión de tomar una decisión de cobertura estándar en lugar de tomar la decisión de cobertura rápida que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso para la presentación de quejas, incluyendo quejas rápidas, consulte la Sección 10 en la página 164 de este capítulo).

Si la respuesta a la decisión de cobertura es **Sí**, ¿cuándo recibiré el servicio o artículo?

Recibirá aprobación (autorización previa) para recibir el servicio o artículo en un plazo de 14 días calendario (para una decisión de cobertura estándar) o 72 horas (para una decisión de cobertura rápida) a partir del momento en que la solicitó. Si extendemos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, le aprobaremos la cobertura al finalizar ese período extendido.

Si la respuesta a la decisión de cobertura es **No**, ¿cómo lo sabré?

Si la respuesta es **No**, le enviaremos una carta donde se le explicarán los motivos por los que dijimos que **No**.

- Si **rechazamos** su solicitud, usted tiene derecho a solicitarnos que cambiemos esta decisión mediante una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos pide que revisemos nuestra decisión de denegar la cobertura.
- Si decide presentar una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelación (lea la siguiente sección para más información).



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

Sección 5.3: Apelación de Nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (no los medicamentos de la Parte D)

¿Qué es una apelación?

Una *apelación* es la manera formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión y la cambiemos si usted considera que cometimos un error. Si usted, su médico u otro proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, usted puede apelar. En todos los casos, debe comenzar con su apelación en el Nivel 1.

Si necesita ayuda durante el proceso de apelación, puede llamar al Mediador del Commonwealth Coordinated Care al 1-800-552-5019 (TTY: 1-800-464-9950). El Mediador del Commonwealth Coordinated Care no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

¿Qué es una Apelación de Nivel 1?

Una Apelación de Nivel 1 es la primera apelación a nuestro plan. Revisaremos la decisión de cobertura para determinar si es correcta. El revisor será una persona que no haya tomado la decisión de cobertura inicial. Cuando finalicemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión por escrito.

Si después de la revisión le respondemos que el servicio o artículo no está cubierto, su caso puede pasar a una Apelación de Nivel 2.

¿Cómo presento una Apelación de Nivel 1?

- Para dar inicio a su apelación, usted, su médico u otro proveedor, o su representante deben contactarnos. Puede llamarnos al número que está en la parte inferior de la página. Para obtener más detalles sobre cómo contactarnos por las apelaciones, consulte el Capítulo 2, página 15.
- Puede solicitarnos una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.
- Si solicita una apelación estándar o una apelación rápida, puede presentarla por escrito o puede llamarnos.
 - Puede enviar una solicitud a la siguiente dirección:
Humana Inc.
Attn: Grievances and Appeals
PO Box 14546
Lexington, KY 40512-4546

Brevemente: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Usted, su médico o su representante pueden poner su solicitud por escrito y enviarnosla por correo o fax. También pueden llamarnos para solicitar una apelación.

- Solicítela dentro de los 60 días calendario a partir de la decisión que está apelando. Si deja pasar la fecha límite por un motivo válido, aún podrá apelar.
- Si usted apela porque le dijimos que un servicio que actualmente tiene va a cambiar o a dejar de proveerse, tiene menos días para apelar si quiere continuar teniendo ese servicio mientras se procesa su apelación.
 - Siga leyendo esta sección para saber qué fecha límite se aplica a su apelación.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

- También pueden llamarnos para solicitar una apelación al 1-855-280-4002 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. No obstante, tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada fuera del horario normal de trabajo, los fines de semana y los días festivos. Por favor, deje su nombre y número de teléfono, y le devolveremos la llamada antes de finalizar el próximo día laborable. Visite **espanol.humana.com** donde tendrá acceso las 24 horas a información como la historia de reclamaciones, la elegibilidad y la lista de medicamentos de Humana. Allí, también puede utilizar la herramienta de búsqueda de proveedores “Physician Finder” y obtener noticias e información de salud.

El término legal para “apelación rápida” es “reconsideración acelerada.”

¿Puede otra persona presentar una apelación en mi nombre?

Sí. Su médico u otro proveedor pueden realizar la apelación por usted. Su médico, otra persona aparte de su médico u otro proveedor pueden presentar una apelación en su nombre, pero primero usted debe completar el formulario de Designación de representante. El formulario le da a la otra persona permiso para actuar por usted.

Para obtener un formulario de Designación de representante, llame a Atención al cliente y solicite uno, o visite el sitio web de Medicare en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> o en nuestro sitio web en **<https://www.humana.com/individual-and-family-support/tools/member-forms>**.

- Si la apelación proviene de otra persona que no sea usted, normalmente debemos recibir el formulario de Designación de representante completado antes de que podamos revisar la apelación.

¿Cuánto tiempo tengo para presentar una apelación?

Debe solicitar una apelación **dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.

Si se vence este plazo, y tiene un buen motivo para que se haya vencido, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de buenos motivos son: usted ha tenido una enfermedad grave o nosotros le dimos información incorrecta sobre las fechas límite para solicitar una apelación.

NOTA: si usted apela porque le dijimos que un servicio que actualmente tiene va a cambiar o a dejar de proveerse, **tiene menos días para apelar** si quiere continuar teniendo ese servicio mientras se procesa su apelación. Para obtener más información, lea “Continuarán mis beneficios durante el proceso de apelación de Nivel 1” en la página 138.

¿Puedo obtener una copia de mi archivo de caso?

Sí. Solicítenos una copia llamando a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página.

- Tenemos permitido cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información.

¿Puede mi médico darles más información sobre mi apelación?

Sí, usted y su médico pueden darnos información adicional para respaldar su apelación.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **espanol.humana.com**.

¿Cómo llevaremos a cabo el proceso de apelación?

Examinamos cuidadosamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de cuidado médico. Luego, verificamos que hayamos cumplido con todas las normas cuando **rechazamos** su solicitud. El revisor será una persona que no haya tomado la decisión inicial.

Si necesitamos más información, podemos pedírsela a usted o a su médico.

¿Cuándo tendré noticias de una decisión de apelación “estándar”?

Tenemos que darle nuestra respuesta en un plazo de 30 días calendario después de recibir su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si su afección médica así lo requiere.

- Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos reunir más información, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más. Si decidimos tener días adicionales para tomar la decisión, le enviaremos una carta en la que explicaremos las razones por las que necesitamos más tiempo.
- Si usted considera que no debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” respecto de nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para la presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de la página 164.
- Si no le damos una respuesta en un plazo de 30 días calendario o al final de los días adicionales (si nos los tomamos), enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelación si su problema tiene que ver con un servicio o artículo de Medicare. Se le notificará cuando suceda esto. Si su problema tiene que ver con un servicio o artículo de Medicaid, puede presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de Nivel 2, vaya a la Sección 5.4 en la página 138.
- **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, debemos aprobar o proveer la cobertura en un plazo de 30 días después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es No** a una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema tiene que ver con un servicio o artículo de Medicare, en la carta se le indicará que enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2. Si su problema tiene que ver con un servicio o artículo de Medicaid, la carta le indicará cómo presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de Nivel 2, vaya a la Sección 5.4 en la página 138.

¿Cuándo tendré noticias de una decisión de apelación “rápida”?

Si solicita una apelación rápida, debemos darle una respuesta no más de 72 horas después de recibir la apelación. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.

- Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos reunir más información, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más. Si decidimos tener días adicionales para tomar la decisión, le enviaremos una carta en la que explicaremos las razones por las que necesitamos más tiempo.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

- Si usted considera que no debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” respecto de nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para la presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de la página 164.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas o al final de los días adicionales (si nos los tomamos), enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelación si su problema tiene que ver con un servicio o artículo de Medicare. Se le notificará cuando suceda esto. Si su problema tiene que ver con un servicio o artículo de Medicaid, puede presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso de la Apelación de Nivel 2, vaya a la Sección 5.4 en la página 138 de este capítulo.
- **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, debemos autorizar o proveer la cobertura en un plazo de 72 horas después de recibir la apelación.
- **Si nuestra respuesta es No** a una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema tiene que ver con un servicio o artículo de Medicare, en la carta se le indicará que enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2. Si su problema tiene que ver con un servicio o artículo de Medicaid, la carta le indicará cómo presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso de la Apelación de Nivel 2, vaya a la Sección 5.4 en la página 138 de este capítulo.

¿Continuarán mis beneficios durante las Apelaciones de Nivel 1?

Si decidimos cambiar la cobertura o dejar de proporcionarla para un servicio que fue aprobado previamente, le enviaremos un aviso antes de emprender la acción. Si está en desacuerdo con la acción emprendida y desea apelar, puede seguir obteniendo el servicio mientras se revisa su apelación. Para ser elegible, debe **solicitar una apelación dentro de los 10 días posteriores a la fecha del aviso de la acción emprendida, o antes la interrupción o reducción del servicio**, la que sea posterior. Si pierde su apelación, es posible que usted tenga que pagar por dichos servicios.

Sección 5.4: Apelación de Nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (no los medicamentos de la Parte D)

Si el plan dice No en el Nivel 1, ¿qué sucede a continuación?

Si nuestra respuesta es **No** a una parte o la totalidad de su Apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. La carta le dirá si el servicio o artículo está cubierto habitualmente por Medicare o Medicaid, o por ambos.

- Si su problema tiene que ver con un servicio o artículo de **Medicare** recibirá automáticamente una Apelación de Nivel 2 con la Entidad de Revisión Independiente (IRE, por sus siglas en inglés) tan pronto como haya finalizado la Apelación de Nivel 1.
- Si su problema tiene que ver con un servicio o artículo de **Medicaid**, puede presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo ante el Departamento de Servicios de Asistencia Médica (DMAS). En la carta se le indicará cómo hacerlo. También encontrará información más abajo.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

¿Qué ocurre si apelo tanto a la IRE como a DMAS y toman decisiones diferentes?

Si IRE o DMAS responde **Sí** a una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, nosotros proporcionaremos el artículo o servicio aprobado que más se acerque a lo que usted solicitó en su apelación.

Si la respuesta a la decisión es **No** a la totalidad o una parte de lo que pedí, ¿puedo presentar otra apelación?

Si su Apelación de Nivel 2 fue a DMAS, puede volver a apelar. La carta que recibe de DMAS le dirá cómo hacer otra apelación.

Si su Apelación de Nivel 2 fue a la Entidad de Revisión Independiente (IRE), puede volver a apelar solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea alcanza una determinada cantidad mínima. En la carta que recibe de la IRE se le explicarán los derechos de apelación adicionales que puede tener.

Consulte la Sección 9 en la página 163 para obtener más información sobre niveles adicionales de apelación.

Sección 5.5: Problemas con los pagos

Nosotros no permitimos a nuestros proveedores de la red facturarle por servicios o artículos cubiertos. Esto es así incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio o artículo cubierto. Si un proveedor le factura por cualquier cargo que no pagamos, esto se conoce como “facturación de saldo”. Usted no está obligado jamás a pagar el saldo de ninguna factura. La única cantidad que se le debe solicitar pagar es el copago por medicamentos de nivel 1 y de nivel 2.

Si recibe una factura por una cantidad mayor a la de su copago por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. **No debe pagar la factura.** Contactaremos al proveedor directamente y nos encargaremos del problema.

Para información adicional, comience a leer el Capítulo 7: *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de la factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos*. En el Capítulo 7 se describen las situaciones en las que puede ser necesario solicitar el reembolso o pagar una factura que recibió de un proveedor. También contiene información sobre cómo enviarnos los documentos en los que se nos solicita el pago.

¿Puedo solicitarle al plan que me reembolse la parte del plan que le corresponde por los servicios o artículos que pagué?

Recuerde, si recibe una factura por una cantidad mayor a la de su copago por servicios y artículos cubiertos, usted no debe pagarla. Pero si paga la factura, puede obtener un reembolso si ha cumplido con las normas para obtener servicios y artículos.

Si solicita un reembolso, solicita una decisión de cobertura. Nosotros veremos si el servicio o artículo que usted pagó es un servicio o artículo cubierto y controlaremos que haya seguido todas las normas para utilizar su cobertura.

- Si el servicio o artículo que pagó está cubierto y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago de la parte del costo que nos corresponde por el servicio o artículo en los siguientes 60 días calendario después de recibir su solicitud.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

O bien, si usted todavía no ha pagado los servicios o artículos, le enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando le enviamos el pago, esto equivale a responder que **Sí** a su solicitud de una decisión de cobertura.

- Si el servicio o el artículo *no* están cubiertos o usted *no* siguió todas las normas, le enviaremos una carta diciéndole que no pagaremos el servicio o el artículo y le explicaremos por qué.

¿Qué sucede si respondemos que no pagaremos?

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelación que se describe en la Sección 5.3, página 135. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta:

- Si presenta una apelación para obtener el reembolso, tenemos que darle nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario después de recibir su apelación.
 - Si nos solicita que le reembolsemos el pago por cuidado médico que usted ya ha recibido y pagado, no puede solicitar una apelación rápida.
- Si respondemos que **No** a su apelación y Medicare habitualmente cubre el servicio o artículo, enviaremos automáticamente su caso a la Entidad de Revisión Independiente (IRE). Le notificaremos por carta si esto sucede.
- Si la IRE revierte nuestra decisión y dice que debemos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es **Sí** en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, tenemos que enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.
 - Si la IRE dice que **No** a su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina “mantener la decisión”. También se llama “rechazar su apelación”.) En la carta que recibe se le explicarán los derechos de apelación adicionales que puede tener. Puede volver a apelar solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea alcanza una determinada cantidad mínima. Consulte la Sección 9 en la página 156 para obtener más información sobre niveles adicionales de apelación.
- Si respondemos que **No** a su apelación y Medicaid es el que cubre habitualmente el servicio o artículo, puede presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo (consulte la Sección 5.4 de este capítulo, página 138).

Sección 6: Medicamentos de la Parte D

Sección 6.1: Lo que tiene que hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos lo que usted pagó por un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como afiliado de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. La mayoría de estos son medicamentos de la “Parte D”. La Parte D de Medicare no cubre algunos medicamentos pero es posible que Medicaid sí lo haga. **Esta sección solo se aplica a las apelaciones relacionadas con medicamentos de la Parte D.**



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?			
<p>¿Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita que se realice una exención a una norma o restricción impuesta a un medicamento que cubrimos?</p> <p>Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Comience con la Sección 6.2 en la página 145 de este capítulo. También consulte las Secciones 6.3 y 6.4 en las páginas 146 y 147.</p>	<p>¿Quiere que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y considera que cumple con cualquier norma o restricción del plan (como obtener la aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita?</p> <p>Puede solicitarnos una decisión de cobertura.</p> <p>Pase directamente a la Sección 6.4 en la página 147.</p>	<p>¿Quiere solicitarnos que le paguemos un reembolso por un medicamento que ya recibió y pagó?</p> <p>Puede solicitarnos un reembolso. (Es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Pase directamente a la Sección 6.4 en la página 147.</p>	<p>¿Ya le informamos que no cubriremos o pagaremos un medicamento de la forma en la que usted quiere que se cubra o pague?</p> <p>Puede presentar una apelación. (Esto significa que usted nos solicita que reconsideremos la decisión).</p> <p>Pase directamente a la Sección 6.5 en la página 149.</p>

Sección 6.2: ¿Qué es una excepción?

Una *excepción* es el permiso para obtener la cobertura de un medicamento que normalmente no está en nuestra Lista de medicamentos cubiertos o para utilizar el medicamento sin determinados límites y normas. Si un medicamento no está en nuestra Lista de medicamentos cubiertos o no se cubre de la forma que a usted le gustaría, puede solicitarnos que hagamos una “excepción”.

Cuando nos solicita una excepción, su médico u otro profesional que receta deberán explicar las razones médicas por las que usted necesita la excepción.

Estos son ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro profesional que receta pueden solicitarnos:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos).
 - Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos, usted deberá pagar la cantidad de costos compartidos que se aplique a los medicamentos del Nivel 2. No puede solicitar una excepción a la cantidad de copago o coseguro que le requerimos que pague por el medicamento.
2. Eliminación de una restricción en nuestra cobertura. Existen normas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos de nuestra Lista de medicamentos (para obtener más información, vaya al Capítulo 5, Sección C, página 90).



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

- Las normas y restricciones adicionales en la cobertura de determinados medicamentos incluyen:
 - Tener que usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - Obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted necesita. (Esto a veces se conoce como “autorización previa”).
 - Tener que probar primero un medicamento diferente antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted solicita. (Esto a veces se conoce como “terapia por fases”).
 - Límites de cantidad. Para algunos medicamentos, el plan limita la cantidad de medicamento que puede obtener.
- Si aceptamos hacer una excepción y aplicamos una exención a una restricción en su caso, aún puede solicitar una excepción a la cantidad de copago que debe pagar por el medicamento.

El término legal para la solicitud de que se elimine una restricción en la cobertura de un medicamento a veces se denomina **“excepción al formulario”**.

Sección 6.3: Aspectos importantes que debe tener presente a la hora de solicitar excepciones

Su médico u otro profesional que receta deben indicar las razones médicas

Su médico u otro profesional que receta tienen que darnos una declaración escrita en la que se expliquen las razones médicas para solicitar una excepción. Nuestra decisión sobre la excepción será más rápida si incluye esta información de su médico u otro profesional que receta cuando solicita la excepción.

Normalmente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo puede ser tan eficaz como el medicamento que solicita y no causará más efectos secundarios u otros problemas de salud, por lo general *no* aprobaremos su solicitud de excepción.

Diremos que Sí o que No a su solicitud de excepción

- Si respondemos que **Sí** a su solicitud de excepción, esta normalmente dura hasta el final del año calendario. Esto será así mientras su médico le siga recetando el medicamento y ese medicamento continúe siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si respondemos que **No** a su solicitud de excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión mediante una apelación. En la Sección 6.5, página 149, se explica cómo presentar una apelación si respondemos que **No**.

La siguiente sección le informa cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

Sección 6.4: Cómo solicitar una decisión de cobertura para un medicamento de la Parte D o el reembolso del medicamento de la Parte D, incluida una excepción

Qué hacer

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea. Llame, escriba o envíenos un fax para presentar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que receta) pueden hacerlo. Pueden llamarnos al 1-855-280-4002 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. No obstante, tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada fuera del horario normal de trabajo, los fines de semana y los días festivos. Por favor, deje su nombre y número de teléfono, y le devolveremos la llamada antes de finalizar el próximo día laborable. Visite **espanol.humana.com** donde tendrá acceso las 24 horas a información como la historia de reclamaciones, la elegibilidad y la lista de medicamentos de Humana. Allí, también puede utilizar la herramienta de búsqueda de proveedores “Physician Finder” y obtener noticias e información de salud.
- Usted o su médico (u otro profesional que receta) u otra persona que actúe en su nombre pueden solicitar una decisión de cobertura. También puede tener un abogado que actúe en su nombre.

Lea la Sección 4 en la página 129 para averiguar cómo puede darle permiso a otra persona para que actúe como su representante.

- No necesita darle permiso por escrito a su médico u otro profesional que receta para solicitarnos una decisión de cobertura en su nombre.
- Si quiere solicitarnos que le reembolsemos un medicamento, lea el Capítulo 7, Sección B, página 106 de este manual. El Capítulo 7 describe las instancias en las que usted podría tener la necesidad de solicitar un reembolso. También contiene información sobre cómo enviarnos los documentos en los que se nos solicita que le reembolsemos nuestra parte del costo de un medicamento que pagó.
- Si solicita una excepción, presente la “declaración de respaldo”. Su médico u otro profesional que receta deben darnos las razones médicas para la excepción de medicamento. A esto lo llamamos “declaración de respaldo”.

Su médico u otro profesional que receta pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico u otro profesional que receta pueden comunicárnoslo por teléfono y luego enviar una declaración por fax o correo.

Brevemente: Cómo solicitar una decisión de cobertura para un medicamento o pago

Llame, escriba o envíenos un fax para preguntar, o pídale a su representante, médico u otro profesional que receta que pregunte. Le daremos una respuesta sobre una decisión de cobertura estándar en un plazo de 72 horas. Le daremos una respuesta sobre el reembolso de un medicamento de la Parte D que usted ya haya pagado en un plazo de 14 días.

- Si pide una excepción, incluya la declaración de respaldo del médico u otro profesional que receta.
- Usted, su médico u otro profesional que receta pueden pedir una decisión rápida. (Las decisiones rápidas habitualmente se toman en 24 horas).
- Lea este capítulo para asegurarse de que es elegible para una decisión rápida. Léalo también para buscar información sobre las fechas límite para las decisiones.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **espanol.humana.com**.

Si su salud así lo exige, solicítenos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”

Utilizaremos las “fechas límite estándar”, a menos que hayamos aceptado utilizar las “fechas límite rápidas”.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de su médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico.
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si solicita un *medicamento que aún no ha recibido*. (No puede recibir una decisión de cobertura rápida si nos está solicitando el reembolso del pago de un medicamento que ya compró).
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si el uso de las fechas límite estándar podría *provocar daños graves a su salud o afectar a su capacidad funcional*.
 - Si su médico u otro profesional que receta nos comunica que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, aceptaremos automáticamente tomar una decisión de cobertura rápida, y en la carta se le informará al respecto.

Si usted solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el aval de su médico ni de otro profesional que receta), nosotros decidiremos si recibirá una decisión de cobertura rápida.

Si determinamos que su afección no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, utilizaremos fechas límite estándar en su lugar. Le enviaremos una carta para informárselo. En la carta se le informará cómo presentar una queja sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar. Puede presentar una “queja rápida” y obtener una respuesta en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para la presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de la página 164.

El término legal para “decisión de cobertura rápida” es “**determinación de cobertura acelerada**”.

Fechas límite para una “decisión de cobertura rápida”

- Si nos regimos por las fechas límite rápidas, tenemos que darle nuestra respuesta en un plazo de 24 horas. Esto significa no más de 24 horas después de recibir su solicitud. O bien, si solicita una excepción, 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico o el profesional que receta que avale su solicitud. Le informaremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, debemos darle la cobertura en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración de su médico o del profesional que receta en respaldo de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es No** a una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, le enviaremos una carta con una explicación de por qué la **rechazamos**. En la carta también se le informará cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una “decisión de cobertura estándar” acerca de un medicamento que aún no recibió

- Si utilizamos fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta en las siguientes 72 horas después de recibir su solicitud. O bien, si solicita una excepción, después de que recibamos la declaración de respaldo a su solicitud de su médico o profesional que receta. Le informaremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

- Si no cumplimos con esta fecha límite, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, debemos aprobar o darle la cobertura en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud o, si pide una excepción, la declaración de apoyo de su médico o del profesional que receta.
- **Si nuestra respuesta es No** a una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, le enviaremos una carta con una explicación de por qué la **rechazamos**. En la carta también se le informará cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una “decisión de cobertura estándar” acerca de un pago por un medicamento que ya compró

- Tenemos que darle nuestra respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o la totalidad de lo que solicitó, le pagaremos en un plazo de 14 días calendario.
- **Si nuestra respuesta es No** a una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, le enviaremos una carta con una explicación de por qué dijimos que No. En la carta también se le informará cómo puede apelar nuestra decisión.

Sección 6.5: Apelación de Nivel 1 para los medicamentos de la parte D

- Para dar inicio a su apelación, usted, su médico u otro profesional que receta, o su representante deben contactarnos.
- Si gestiona una apelación estándar, presente una solicitud por escrito para dar curso a su apelación. También pueden llamarnos para solicitar una apelación al 1-855-280-4002 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. No obstante, tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada fuera del horario normal de trabajo, los fines de semana y los días festivos. Por favor, deje su nombre y número de teléfono, y le devolveremos la llamada antes de finalizar el próximo día laborable. Visite espanol.humana.com donde tendrá acceso las 24 horas a información como la historia de reclamaciones, la elegibilidad y la lista de medicamentos de Humana. Allí, también puede utilizar la herramienta de búsqueda de proveedores “Physician Finder” y obtener noticias e información de salud.

Brevemente: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Usted, su médico o el profesional que receta, o su representante pueden poner su solicitud por escrito y enviárnosla por correo o fax. También pueden llamarnos para solicitar una apelación.

- Solicítela dentro de los 60 días calendario a partir del momento en que se tomó la decisión que está apelando. Si deja pasar la fecha límite por un motivo válido, aún podrá apelar.
- Usted, su médico o el profesional que receta, o su representante pueden llamarnos para pedir una apelación rápida.
- Lea este capítulo para asegurarse de que es elegible para una decisión rápida. Léalo también para buscar información sobre las fechas límite para las decisiones.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

- Si desea una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o puede llamarnos.
- Presente su solicitud de apelación **dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha del aviso que le enviamos para informarle sobre nuestra decisión. Si se vence este plazo, y tiene un buen motivo para que se haya vencido, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Por ejemplo, los motivos válidos para dejar vencer las fechas límite pueden incluir haber tenido una enfermedad grave que le impedía contactarnos o si le suministramos información incorrecta o incompleta sobre las fechas límite para solicitar una apelación.

El término legal para una apelación al plan con respecto a una decisión de cobertura para medicamentos de la Parte D es **“redeterminación” del plan.**

- Tiene derecho a solicitarnos una copia de la información sobre su apelación. Para solicitar una copia, llame a Atención al cliente al número de teléfono que está en la parte inferior de esta página. Tenemos permitido cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información.
 - Si lo desea, usted y su médico u otro profesional que receta pueden darnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud así lo exige, solicite una “apelación rápida”

- Si está apelando una decisión que tomó nuestro plan con respecto a un medicamento que todavía no ha recibido, usted y su médico u otro profesional que receta deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que los estipulados para obtener una “decisión de cobertura rápida” en la Sección 6.4, página 147.

El término legal para “apelación rápida” es **“reconsideración acelerada”.**

Nuestro plan examinará su apelación y le comunicará nuestra decisión

- Nosotros analizamos otra vez toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos que hayamos cumplido con todas las normas cuando dijimos que **No** a su solicitud. Es posible que le contactemos a usted, a su médico o a otro profesional que receta para obtener más información. El revisor será una persona que no haya tomado la decisión de cobertura inicial.

Fechas límite para una “apelación rápida”

- Si utilizamos las fechas límite rápidas, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la apelación, o antes si su salud así lo exige.
 - Si no le damos una respuesta dentro del plazo de 72 horas, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su apelación.
- **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, debemos brindar la cobertura en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es No** a una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, le enviaremos una carta con una explicación de por qué la **rechazamos**.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

Fechas límite para una “apelación estándar”

- Si utilizamos las fechas límite estándar, debemos darle una respuesta en un plazo de 7 días calendario después de recibir la apelación, o antes si su salud así lo exige. Si considera que su salud lo exige, debe solicitar una “apelación rápida”.
 - Si no le damos una decisión dentro de un plazo de 7 días calendario, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su apelación.
- Si nuestra respuesta es **Sí** a una parte o la totalidad de lo que usted solicitó:
- Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos proporcionar la cobertura tan pronto como lo exija su salud, pero no más de 7 días calendario después de recibir su apelación.
 - Si aprobamos una solicitud para reembolsarle un medicamento que usted ya compró, le enviaremos el pago en un plazo de 30 días calendario después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si nuestra respuesta es No** a una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta en la que se explica por qué dijimos que **No** y cómo apelar nuestra decisión.

Sección 6.6: Apelación de Nivel 2 para los medicamentos de la parte D

Si nuestra respuesta es **No** a su apelación, usted entonces elige si acepta esta decisión o continúa con la presentación de otra apelación. Si decide proseguir con una Apelación de Nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente (IRE) revisará nuestra decisión.

- Si desea que la IRE analice su caso, su solicitud de apelación se debe presentar por escrito. La carta que enviamos sobre nuestra decisión para la Apelación de Nivel 1 explicará cómo solicitar la Apelación de Nivel 2.
- Cuando presenta una apelación ante la IRE, enviaremos a la Entidad su archivo de caso. Usted tiene el derecho de solicitarnos una copia de su archivo llamando a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de esta página. Tenemos permitido cobrarle un cargo por copiar y enviarle esta información.
- Usted tiene derecho a darle a la IRE otra información para respaldar su apelación.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No está vinculada con este plan y no es una agencia del gobierno.

Brevemente: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si desea que la Organización de Revisión Independiente analice su caso, su solicitud de apelación se debe presentar por escrito.

- Solicítela dentro de los 60 días a partir del momento en que se tomó la decisión que está apelando. Si deja pasar la fecha límite por un motivo válido, aún podrá apelar.
 - Usted, su médico u otro profesional que receta, o su representante pueden solicitar la Apelación de Nivel 2.
- Lea este capítulo para asegurarse de que es elegible para una decisión rápida. Léalo también para buscar información sobre las fechas límite para las decisiones.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

- Los revisores de la IRE repasarán minuciosamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le enviará una carta con la explicación de su decisión.

El término legal para una apelación a la IRE sobre un medicamento de la Parte D es *reconsideración*.

Fechas límite para una “apelación rápida” en el Nivel 2

- Si su salud así lo exige, solicítele a la IRE una “apelación rápida”.
- Si la IRE acepta darle una “apelación rápida”, esta debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 no más de 72 horas después de recibir su solicitud de apelación.
- Si la IRE **acepta** una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, nosotros debemos autorizar o proporcionarle la cobertura del medicamento en un plazo de 24 horas después de recibir la decisión.

Fechas límite para una “apelación estándar” en el Nivel 2

- Si usted presenta una apelación estándar de Nivel 2, la IRE debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 en un plazo de 7 días calendario después de recibir su apelación.
 - Si la IRE **acepta** una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, nosotros debemos autorizar o proporcionarle la cobertura del medicamento en un plazo de 72 horas después de recibir la decisión.
 - Si la IRE aprueba una solicitud para reembolsarle un medicamento que usted ya compró, le enviaremos el pago en un plazo de 30 días calendario después de recibir la decisión.

¿Qué sucede si la Entidad de Revisión Independiente dice que No a su Apelación de Nivel 2?

No significa que la Entidad de Revisión Independiente (IRE) está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se denomina “mantener la decisión”. También se llama “rechazar su apelación”.

Si desea pasar al Nivel 3 del proceso de apelación, los medicamentos que esté solicitando deben cumplir con valor mínimo en dólares. Si el valor en dólares es inferior al valor mínimo, usted no podrá seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede solicitar una Apelación de Nivel 3. La carta que reciba de la IRE le informará el valor en dólares necesario para continuar con el proceso de apelación.

Sección 7: Cómo solicitarnos que cubramos una estadía prolongada en el hospital

Cuando usted ingresa en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios que cubrimos y que sean necesarios para diagnosticar y tratar su lesión o enfermedad.

Durante su estadía en el hospital cubierta, el médico y el personal del hospital trabajarán con usted en la preparación para el día en que le den de alta del hospital. También ayudarán a coordinar el cuidado médico que pueda necesitar después de salir del hospital.

- El día en que sale del hospital se llama su “fecha de alta”.
- El médico o el personal del hospital le dirán cuál es su fecha de alta.

Si cree que se le ha pedido irse del hospital demasiado pronto, puede solicitar una estadía en el hospital más prolongada. En esta sección se le indica cómo solicitarla.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

Sección 7.1: Nociones sobre sus derechos de Medicare

En un plazo de dos días después de haber ingresado en el hospital, un asistente de casos o un enfermero le entregarán un aviso llamado *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Si no recibe este aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Atención al cliente al número de teléfono que está en la parte inferior de esta página. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Lea este aviso detenidamente y haga preguntas si no entiende. Este *Mensaje importante* le informa sobre sus derechos como paciente de un hospital e incluye:

- recibir los servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en un hospital. Usted tiene derecho a saber cuáles son los servicios, quién los pagará y dónde los puede recibir.
- participar en todas las decisiones sobre la duración de su estadía en el hospital.
- saber dónde informar sus preocupaciones sobre la calidad del cuidado hospitalario.
- apelar si considera que le han dado de alta del hospital demasiado pronto.

Debe firmar el aviso de Medicare para demostrar que lo recibió y que entiende sus derechos. Firmar el aviso **no** significa que usted está de acuerdo con la fecha de alta que le comunicó el médico o el personal del hospital.

Conserve una copia del aviso firmado para disponer de la información si la necesita.

- Para ver una copia de este aviso con anticipación, puede llamar a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
 - También puede ver el aviso en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.
- Si necesita ayuda, llame a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página o a Medicare a los números previamente mencionados.

Sección 7.2: Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si desea que cubramos sus servicios hospitalarios como paciente internado por un período más prolongado, debe solicitar una apelación. Una Organización para el mejoramiento de la calidad realizará la revisión de la Apelación de Nivel 1 para determinar si la fecha de alta planificada es apropiada para usted desde el punto de vista médico. En Virginia, la Organización para el mejoramiento de la calidad se llama KEPRO.

Para presentar una apelación con el fin de cambiar la fecha de alta, llame a KEPRO al: **1-844-455-8708 (TTY: 1-855-843-4776)**

¡Llame de inmediato!

Llame a la Organización para el mejoramiento de la calidad **antes** de salir del hospital y no después de la fecha de alta planificada. *El Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos* contiene información sobre cómo comunicarse con la Organización para el mejoramiento de la calidad.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

- Si llama antes de irse, se le permite permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta planificada, *sin tener que pagarlo*, mientras espera la decisión de su apelación de la Organización para el mejoramiento de la calidad.
 - Si *no llama* para apelar y decide quedarse en el hospital más allá de la fecha de alta planificada, *posiblemente tenga que pagar todos los costos* del cuidado hospitalario que recibe después de la fecha de alta planificada.
- Si deja pasar la fecha límite para contactar a la Organización para el mejoramiento de la calidad con respecto a su apelación, puede presentarla directamente ante nuestro plan. Para más detalles, consulte la Sección 7.4, página 156.

Queremos asegurarnos de que entienda lo que debe hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página. También puede llamar al Programa de Asistencia en Asesoramiento de Seguros Médicos de Virginia (VICAP) al 1-800-552-3402. O llame al Mediador del Commonwealth Coordinated Care al 1-800-552-5019 (TTY: 1-800-464-9950).

¿Qué es una Organización para el mejoramiento de la calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud a quienes les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare les paga para que verifiquen y ayuden a mejorar la calidad del cuidado médico de las personas con Medicare.

Solicite una “revisión rápida”

Debe solicitar a la Organización para el mejoramiento de la calidad una “**revisión rápida**” de su alta. Si solicita una “revisión rápida” significa que le pide a la organización que utilice las fechas límite rápidas para una apelación en lugar de las fechas límite estándar.

El término legal para “revisión rápida” es “revisión inmediata”

¿Qué sucede durante la revisión rápida?

- Los revisores de la Organización para el mejoramiento de la calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué consideran que debe continuar la cobertura después de la fecha de alta planificada. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores verán su expediente médico, hablarán con su médico y revisarán toda la información relacionada con su estadía en el hospital.

Brevemente: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta

Llame a la Organización para el mejoramiento de la calidad de su estado al 1-844-455-8708 y solicite una “revisión rápida”.

Llame antes de salir del hospital y antes de la fecha de alta planificada.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

- Hacia el mediodía del día después de que los revisores nos informan sobre su apelación, recibirá una carta que contendrá la fecha de alta planificada. En la carta se explican los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros pensamos que está bien que se le dé el alta en esa fecha.

El término legal para esta explicación escrita se denomina “**Notificación de alta detallada**”. Para obtener una copia, llame a Atención al cliente al **1-855-280-4002** (TTY: 711). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede ver un ejemplo de esta notificación en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>

¿Qué sucede si la respuesta es **Sí**?

- Si la Organización para el mejoramiento de la calidad **acepta** su apelación, debemos seguir cubriendo los servicios hospitalarios mientras sean necesarios por razones médicas.

¿Qué sucede si la respuesta es **No**?

- Si la Organización para el mejoramiento de la calidad **rechaza** su apelación, esto significa que la fecha de alta planificada es apropiada por razones médicas. Si esto sucede, nuestra cobertura de los servicios hospitalarios como paciente internado finalizará al mediodía del día *posterior* al que la Organización para el mejoramiento de la calidad le da una respuesta.
- Si la Organización para el mejoramiento de la calidad dice que **No** y usted decide quedarse en el hospital, entonces es posible que tenga que pagar por su estadía continuada en el hospital. El costo del cuidado hospitalario que es posible que usted tenga que pagar comienza al mediodía del día posterior al que la Organización para el mejoramiento de la calidad le da una respuesta.
- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación, y usted se queda en el hospital después de la fecha de alta planificada, puede presentar una Apelación de Nivel 2.

Sección 7.3: Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si la Organización para el mejoramiento de la calidad rechazó su apelación, y usted permanece en el hospital después de la fecha de alta programada, puede realizar una Apelación de Nivel 2. Deberá contactarse nuevamente con la Organización para el mejoramiento de la calidad y solicitar otra revisión.

Solicite esta revisión de Nivel 2 **en un plazo de 60 días calendario** después del día en el que la Organización para el mejoramiento de la calidad le dijo que *No* a su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura de cuidado médico.

En Virginia, la Organización para el mejoramiento de la calidad se llama KEPRO. Puede contactar con KEPRO al: **1-844-455-8708 (TTY: 1-855-843-4776)**.

- Los revisores de la Organización para el mejoramiento de la calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Dentro de los 14 días calendario de recibir su solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización para el mejoramiento de la calidad tomarán una decisión.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

¿Qué sucede si la respuesta es Sí?

- Debemos reembolsarle la parte que nos corresponde pagar de los costos del cuidado hospitalario que recibió desde el mediodía del día posterior a la fecha de su primera decisión de apelación. Debemos seguir proveyéndole cobertura de cuidado hospitalario como paciente internado mientras sea necesario por razones médicas.
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la respuesta es No?

Significa que la Organización para el mejoramiento de la calidad está de acuerdo con la decisión del Nivel 1 y no la cambiará. La carta que reciba le informará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

Si la Organización para el mejoramiento de la calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su estadía después de la fecha de alta planificada.

Brevemente: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta

Llame a la Organización para el mejoramiento de la calidad de su estado al 1-844-455-8708 (TTY: 1-855-843-4776) y solicite otra revisión.

Sección 7.4: ¿Qué sucede si dejo pasar la fecha límite de una apelación?

Si deja pasar las fechas límite para las apelaciones, existe otra manera de presentar Apelaciones de Nivel 1 y Nivel 2, denominadas Apelaciones alternativas. Pero los *dos primeros niveles de apelación son distintos*.

Apelación alternativa de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si deja pasar la fecha límite para contactar a la Organización para el mejoramiento de la calidad, puede presentar una apelación ante nosotros y solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su estadía en el hospital. Verificamos para determinar si la decisión sobre cuándo debía salir del hospital fue justa y cumplió con todas las normas.
- Utilizaremos las fechas límite rápidas en lugar de las estándar para darle la respuesta de esta revisión. Esto significa que le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que usted solicite una “revisión rápida”.

Brevemente: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1

Llame a nuestro número de Atención al cliente y solicite una “revisión rápida” de la fecha de alta del hospital.

Le daremos una decisión en un plazo de 72 horas.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

- **Si respondemos que Sí a su revisión rápida**, significa que estamos de acuerdo en que usted sigue necesitando permanecer en el hospital después de la fecha de alta. Seguiremos cubriendo los servicios hospitalarios durante el tiempo que sea necesario por razones médicas.

También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos del cuidado médico que recibió desde la fecha en la que decíamos que finalizaría su cobertura.

- **Si respondemos que No a su revisión rápida**, queremos decir que su fecha de alta planificada era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios como paciente internado finaliza a partir del día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
 - Si usted se quedó en el hospital *después* de la fecha de alta planificada, es posible que **tenga que pagar el costo total** del cuidado hospitalario que recibió después de la fecha de alta planificada.
- Para garantizar que hayamos respetado todas las normas cuando dijimos que *No* a su apelación rápida, enviaremos su apelación a la “Entidad de Revisión Independiente”. Cuando hacemos esto, significa que su caso pasa *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelación.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “apelación acelerada”.

Apelación alternativa de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Enviaremos la información de su Apelación de Nivel 2 a la Entidad de Revisión Independiente (IRE) en un plazo de 24 horas a partir del momento en que le comunicamos nuestra decisión del Nivel 1. Si cree que no cumplimos con esta u otras fechas límite, puede presentar una queja. En la Sección 10, página 164 se explica cómo presentar una queja.

Durante la Apelación de Nivel 2, la IRE revisa la decisión que tomamos de **rechazar** su “revisión rápida”. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

- La IRE realiza una “revisión rápida” de su apelación. Por lo general, los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está vinculada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno.
- Los revisores de la IRE analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación con respecto al alta del hospital.
- Si la IRE **acepta** su apelación, debemos reembolsarle (devolverle el pago) de la parte del costo que nos corresponde por el cuidado hospitalario recibido a partir de la fecha de alta programada. También debemos continuar con la cobertura del plan de los servicios hospitalarios mientras sea necesario por razones médicas.

Brevemente: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 2

No tiene que hacer nada. El plan enviará automáticamente su apelación a la Entidad de Revisión Independiente.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

- Si la IRE dice que **No** a su apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta planificada era apropiada por razones médicas.

La carta que reciba de la IRE le informará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. En ella encontrará detalles sobre cómo proseguir con una Apelación de Nivel 3, que estará a cargo de un juez.

Sección 8: Qué debe hacer si cree que los servicios de cuidado médico en el hogar, de un centro de enfermería especializada o de un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) terminan demasiado pronto

Esta sección trata *únicamente* los siguientes tipos de cuidado médico:

- Servicios de cuidado médico en el hogar.
- Cuidado médico de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada.
- El cuidado médico de rehabilitación que usted recibe como paciente ambulatorio en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. En general, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o accidente, o que se está recuperando de una operación mayor.
 - Con cualquiera de estos tres tipos de cuidado médico, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos mientras el médico diga que usted lo necesita.
 - Cuando decidimos dejar de cubrir cualquiera de ellos, debemos decírselo antes de que finalicen los servicios. Cuando finaliza su cobertura para ese cuidado médico, *dejaremos de pagar su cuidado*.

Si cree que damos por finalizada la cobertura de su cuidado médico demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección se le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.1: Le informaremos con antelación cuándo finalizará su cobertura

Recibirá un aviso por lo menos dos días antes de que dejemos de pagar por su cuidado médico. El aviso escrito se denomina *Aviso de no cobertura de Medicare*.

- La notificación por escrito le indica la fecha en la que dejaremos de cubrir su cuidado médico.
- En la notificación por escrito también se indica cómo apelar esta decisión.

Usted o su representante deben firmar la notificación por escrito para demostrar que la recibieron. Firmarlo **no** significa que usted está de acuerdo con el plan en cuanto a que es momento de dejar de recibir el cuidado médico.

Cuando termine la cobertura, dejaremos de pagar la parte del costo que nos corresponde por su cuidado médico.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

Sección 8.2: Apelación de Nivel 1 para que continúe su cuidado médico

Si cree que damos por finalizada la cobertura de su cuidado médico demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. En esta sección se le indica cómo solicitar una apelación.

Antes de iniciar una apelación, entienda lo que debe hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de entender y cumplir con las fechas límite que correspondan a los pasos que debe seguir. Nuestro plan también tiene que cumplir con fechas límite. (Si cree que no cumplimos con nuestras fechas límite, puede presentar una queja. En la Sección 10, página 164 se explica cómo presentar una queja.)
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página. Llame al Programa de Asistencia en Asesoramiento de Seguros Médicos de Virginia (VICAP) al 1-800-552-3402.

Durante una Apelación de Nivel 1, una Organización para el Mejoramiento de la Calidad examinará su apelación y decidirá si cambia la decisión tomada por nosotros. En Virginia, la Organización para el mejoramiento de la calidad se llama KEPRO. Puede contactar con KEPRO al: 1-844-455-8708 (TTY: 1-855-843-4776). También puede encontrar información sobre cómo presentar una apelación a la Organización para el mejoramiento de la calidad en el *Aviso de no cobertura de Medicare*. Este es el aviso que usted recibió cuando se le informó que dejaríamos de cubrir su cuidado médico.

¿Qué es una Organización para el mejoramiento de la calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud a quienes les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare les paga para que verifiquen y ayuden a mejorar la calidad del cuidado médico de las personas con Medicare.

¿Qué debe solicitar?

Solicíteles una “apelación de gestión rápida”. Se trata de una revisión independiente para determinar si es apropiado por razones médicas que demos por finalizada la cobertura de sus servicios.

¿Cuál es su fecha límite para contactar con esta organización?

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes del mediodía del día posterior al que recibe la notificación por escrito donde se indica cuándo dejaremos de cubrir su cuidado médico.*
- Si deja pasar la fecha límite para contactar a la Organización para el mejoramiento de la calidad con respecto a su apelación, puede presentar su apelación directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.4 en la página 161.

Brevemente: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para pedirle al plan que continúe su cuidado médico

Llame a la Organización para el mejoramiento de la calidad de su estado al 1-844-455-8708 (TTY: 1-855-843-4776) y solicite una “apelación por vía rápida”.

Llame antes de abandonar la agencia o el centro que le provee el cuidado médico y antes de la fecha de alta planificada.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

El término legal para el aviso escrito es “Notificación de no cobertura de Medicare”.

Para obtener una copia de ejemplo, llame a Atención al cliente al 1-855-280-4002 (TTY: 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O vea una copia en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html>

¿Qué sucede durante la revisión de la Organización para el mejoramiento de la calidad?

- Los revisores de la Organización para el mejoramiento de la calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué consideran que debe continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Cuando solicita una apelación, el plan debe redactar dirigida a usted y a la Organización para el mejoramiento de la calidad en la cual se explica por qué deben finalizar sus servicios.
- Los revisores también verán sus expedientes médicos, hablarán con su médico y revisarán la información que les suministró nuestro plan.
- **En el plazo de un día completo después de que tengan toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.** Usted recibirá una carta en la cual se explica la decisión.

El término legal para la carta en la que se explica por qué deben finalizar los servicios es “Explicación detallada de no cobertura”.

¿Qué sucede si los revisores dicen que Sí?

- Si los revisores **aceptan** su apelación, debemos seguir proveyéndole los servicios cubiertos mientras sean necesarios por razones médicas.

¿Qué sucede si los revisores dicen que No?

- Si los revisores **rechazan** su apelación, su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de este cuidado médico.
- Si decide seguir recibiendo cuidado médico en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) después de la fecha en la que finaliza su cobertura, usted deberá pagar el costo total de este cuidado médico.

Sección 8.3: Apelación de Nivel 2 para que continúe su cuidado médico

Si la Organización para el mejoramiento de la calidad dijo que **No** a su apelación, **y** usted opta por continuar recibiendo cuidado médico después de finalizada la cobertura del cuidado médico, puede presentar una Apelación de Nivel 2.

Durante la Apelación de Nivel 2, la Organización para el mejoramiento de la calidad volverá a revisar la decisión tomada en el Nivel 1. Si ellos dicen que están de acuerdo con la decisión del Nivel 1, es posible que tenga que pagar el costo total del cuidado médico en el hogar, el cuidado en un centro de enfermería especializada o los servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) después de la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

En Virginia, la Organización para el mejoramiento de la calidad se llama KEPRO. Puede contactar con KEPRO al: 1-844-455-8708.

Solicite esta revisión de Nivel 2 **en un plazo de 60 días calendario** después del día en el que la Organización para el mejoramiento de la calidad le dijo que **No** a su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si siguió recibiendo cuidado médico después de la fecha en que finalizó su cobertura del cuidado médico.

- Los revisores de la Organización para el mejoramiento de la calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- La Organización para el mejoramiento de la calidad tomará la decisión en un plazo de 14 días calendario desde la recepción de su solicitud de apelación.

¿Qué sucede si la organización de revisión dice que *Sí*?

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos del cuidado médico que recibió desde la fecha en la que determinamos que finalizaría su cobertura. Debemos seguir proporcionándole cobertura del cuidado médico mientras sea necesario por razones médicas.

¿Qué sucede si la organización de revisión dice que *No*?

- Significa que está de acuerdo con la decisión que se tomó con respecto a la Apelación de Nivel 1 y no se cambiará.
- La carta que reciba le informará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Esta le proveerá detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, del cual se encarga un juez.

Sección 8.4: ¿Qué sucede si deja pasar la fecha límite para presentar una Apelación de Nivel 1?

Si deja pasar las fechas límite para las apelaciones, existe otra manera de presentar Apelaciones de Nivel 1 y Nivel 2, denominadas Apelaciones alternativas. Pero los *dos primeros niveles de apelación son distintos*.

Apelación alternativa de Nivel 1 para que continúe su cuidado médico por más tiempo

Si deja pasar la fecha límite para contactar a la Organización para el mejoramiento de la calidad, puede presentar una apelación ante nosotros y solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar.

- Durante esta revisión, repasamos toda la información relacionada con su cuidado médico en el hogar, cuidado médico

Brevemente: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para exigir que el plan cubra su cuidado médico por más tiempo

Llame a la Organización para el mejoramiento de la calidad de su estado al 1-844-455-8708 y solicite otra revisión.

Llame antes de abandonar la agencia o el centro que le provee el cuidado médico y antes de la fecha de alta planificada.

Brevemente: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1

Llame a nuestro número de Atención al cliente y solicite una “revisión rápida”.

Le daremos una decisión en un plazo de 72 horas.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

en el centro de enfermería especializada, o cuidado médico que esté recibiendo en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF). Verificamos para determinar si la decisión sobre cuándo debían finalizar los servicios fue justa y cumplió con todas las normas.

- Utilizaremos las fechas límite rápidas en lugar de las estándar para darle la respuesta de esta revisión. Le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que usted solicite una “revisión rápida”.
- **Si respondemos que Sí** a su revisión rápida, significa que estamos de acuerdo con seguir cubriendo los servicios mientras sean necesarios por razones médicas.

También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos del cuidado médico que recibió desde la fecha en la que decíamos que finalizaría su cobertura.

Si respondemos que No a su revisión rápida, queremos decir que dejar de proveer los servicios fue médicamente apropiado. Nuestra cobertura finalizará a partir del día en que dijimos que finalizaría la cobertura.

- Si continúa recibiendo servicios después del día en que dijimos que finalizarían, **es posible que tenga que pagar el costo total** de los servicios.
- Para garantizar que hayamos respetado todas las normas cuando dijimos que **No** a su apelación rápida, enviaremos su apelación a la “Entidad de Revisión Independiente”. Cuando hacemos esto, significa que su caso pasa *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelación.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “apelación acelerada”.

Apelación alternativa de Nivel 2 para que continúe su cuidado médico por más tiempo

Enviaremos la información de su Apelación de Nivel 2 a la Entidad de Revisión Independiente (IRE) en un plazo de 24 horas a partir del momento en que le comunicamos nuestra decisión del Nivel 1. Si cree que no cumplimos con esta u otras fechas límite, puede presentar una queja. En la Sección 10, página 163, de este capítulo se explica cómo presentar una queja.

Durante la Apelación de Nivel 2, la **IRE** revisa la decisión que tomamos de **rechazar** su “revisión rápida”. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

- La IRE realiza una “revisión rápida” de su apelación. Por lo general, los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.
- La Entidad de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está vinculada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno.
- Los revisores de la IRE repasarán minuciosamente toda la información relacionada con su apelación.

Brevemente: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para exigir que el plan continúe con su cuidado médico

No tiene que hacer nada. El plan enviará automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

Quejas sobre las comunicaciones de nuestra parte

- Piensa que no le hemos enviado una notificación o una carta que debería haber recibido.
- Cree que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender.

Quejas sobre la puntualidad de nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura o apelaciones

- Considera que no cumplimos con las fechas límite para tomar decisiones de cobertura o responder su apelación.
- Cree que, después de recibir una decisión de cobertura o apelación a su favor, no cumplimos con las fechas límite para aprobar y proveerle el servicio o reembolsarle determinados servicios médicos.
- Considera que no le reenviamos oportunamente su caso a la Entidad de Revisión Independiente.

Brevemente: Cómo presentar una queja

Usted puede presentar una queja interna con nuestro plan o una queja externa con una organización que no tenga conexión con nuestro plan.

Para presentar una queja interna, llame a Servicios para afiliados o envíenos una carta.

Existen diferentes organizaciones para manejar las quejas externas. Para obtener información adicional, lea la Sección 10.2, página 166.

El término legal para una “queja” es una “queja formal”.

El término legal para “presentar una queja” es “presentar una queja formal”.

¿Existen diferentes tipos de quejas?

Sí. Usted puede presentar una queja interna y/o una queja externa. Una queja interna se presenta a nuestro plan y es nuestro plan el que la revisa. Una queja externa se presenta a una organización que no está afiliada a nuestro plan y es esta organización la que la revisa. Si necesita ayuda durante el proceso de presentación de una queja interna o externa, puede llamar al Mediador del Commonwealth Coordinated Care al 1-800-552-5019 (TTY: 1-800-464-9950).

Sección 10.1: Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página. Allí, también puede utilizar la herramienta de búsqueda de proveedores “Physician Finder” y obtener noticias e información de salud. La queja se debe presentar en un plazo de 60 días calendario después de haber tenido el problema del cual desea quejarse.

- Si hay algo más que debe hacer, Atención al cliente se lo hará saber.
- También puede escribir su queja y enviárnosla por escrito. Si realiza su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

- Puede enviarnos su queja por escrito a:
Humana Inc.
Attn: Grievances and Appeals
PO Box 14546
Lexington, KY 40512-4546.

Deberá incluir sobre quién/qué es la queja (consulte más arriba para obtener algunos ejemplos de lo que se puede quejar) y toda información que respalde la queja (fecha del incidente, números de referencia, números de reclamación, etc.). Humana revisará la queja y solicitará información adicional. Humana le notificará el resultado de la queja en un plazo de 30 días a partir de la recepción de la queja.

El término legal para “queja rápida” es “queja formal acelerada”.

De ser posible, le responderemos de inmediato. Si nos llama para presentar una queja, es posible que le demos una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su afección médica requiere que le respondamos con rapidez, lo haremos.

- Respondemos la mayoría de las quejas en un plazo de 30 días calendario. Si necesitamos más información y la demora es por su bien o si nos pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Le diremos por escrito la razón por la cual necesitamos más tiempo.
- Si presenta una queja porque le denegamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le otorgaremos una “queja rápida” y recibirá nuestra respuesta en 24 horas.
- Si presenta una queja porque nos tomamos tiempo adicional para tomar una decisión o apelación de cobertura, automáticamente le otorgaremos una “queja rápida” y recibirá nuestra respuesta en 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con una parte o la totalidad de su queja, se lo diremos y le daremos nuestros motivos. Responderemos tanto si estamos de acuerdo como si no estamos de acuerdo con la queja.

Sección 10.2: Quejas externas

Puede informar a Medicare sobre su queja

Puede enviar su queja a Medicare. El formulario de queja de Medicare está disponible en <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>.

Medicare se toma muy en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene cualquier otro comentario o inquietud, o si considera que el plan no ha solucionado su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

Capítulo 10: Cómo finalizar su afiliación a nuestro Plan Medicare-Medicaid

Contenido

A. ¿Cuándo puede terminar su afiliación a nuestro plan de Medicare-Medicaid?	169
B. ¿Cómo puede terminar su afiliación a nuestro plan?	169
C. ¿Cómo puede afiliarse a otro plan de Medicare-Medicaid?	170
D. Si abandona nuestro plan y no desea afiliarse a otro plan de Medicare-Medicaid, ¿cómo puede obtener servicios de Medicare y Medicaid?	170
Cómo obtendrá servicios de Medicare	170
Cómo obtendrá servicios de Medicaid	172
E. Hasta que termine su afiliación, seguirá obteniendo servicios médicos y medicamentos mediante nuestro plan.	172
F. Su afiliación terminará en determinadas situaciones.	172
G. No podemos solicitarle que abandone nuestro plan por razones relacionadas con su salud	173
H. Tiene derecho a presentar una queja si terminamos su afiliación a nuestro plan.	173
I. ¿Dónde puede obtener más información sobre la terminación de su afiliación al plan?	173



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Introducción

Este capítulo le informa sobre maneras en que puede terminar su afiliación a nuestro plan y cuáles son sus opciones de cobertura de salud luego de abandonar el plan. Si abandona nuestro plan, aún será elegible para recibir los beneficios de Medicare y Medicaid.

A. ¿Cuándo puede terminar su afiliación a nuestro Plan Medicare-Medicaid?

Usted puede terminar su afiliación a Humana Gold Plus Integrated (Plan Medicare-Medicaid) en cualquier momento sin que se le cobre una multa. Su afiliación terminará el último día del mes en que usted solicita cambiar su plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura con nuestro plan finalizará el 31 de enero. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.

- Para obtener información sobre servicios de Medicare al abandonar nuestro plan, consulte el cuadro en la página 171.
- Para obtener información sobre servicios de Medicaid al abandonar nuestro plan, consulte la página 172.

Estas son vías por las que puede obtener información sobre cuándo finalizar su afiliación:

- Llame al agente de inscripción del estado al 1-855-889-5243, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-817-6608.
- Llame al Programa de Asistencia en Asesoramiento de Seguros Médicos de Virginia (VICAP) al 1-800-552-3402.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

B. ¿Cómo puede terminar su afiliación a nuestro plan?

Si decide terminar su afiliación, comuníquese a Medicaid o Medicare que desea abandonar Humana Gold Plus Integrated:

- Llame al agente de inscripción del estado al 1-855-889-5243, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-817-6608; O
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de los servicios TTY (personas sordas, con discapacidades auditivas o discapacidades del habla) deben llamar al 1-877-486-2048. Si llama al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de servicios de cuidado de la salud o medicamentos de Medicare. Encontrará más información sobre cómo obtener servicios Medicare al abandonar nuestro plan en la tabla de la página 171.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

C. ¿Cómo puede afiliarse a otro Plan Medicare-Medicaid?

Si desea seguir obteniendo sus beneficios de Medicare y Medicaid en un único plan, puede afiliarse a otro Plan Medicare-Medicaid.

Para inscribirse en otro Plan Medicare-Medicaid:

- Llame al agente de inscripción del estado al 1-855-889-5243, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-817-6608. Comuníquese que desea abandonar Humana Gold Plus Integrated e inscribirse en otro Plan Medicare-Medicaid. Si no sabe a qué plan desea afiliarse, pueden informarle sobre otros planes en su zona; O

Su cobertura con Humana Gold Plus Integrated finalizará el último día del mes en que recibamos su solicitud.

D. Si abandona nuestro plan y no desea afiliarse a otro Plan Medicare-Medicaid, ¿cómo puede obtener servicios de Medicare y Medicaid?

Si no desea inscribirse en otro Plan Medicare-Medicaid luego de abandonar Humana Gold Plus Integrated, volverá a tener sus beneficios de Medicare y Medicaid por separado.

Cómo obtendrá servicios de Medicare

Usted podrá elegir cómo obtener sus beneficios de Medicare.

Usted cuenta con tres opciones para obtener sus servicios de Medicare. Al elegir una de estas opciones, automáticamente terminará su afiliación a nuestro plan.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

<p>1. Puede cambiarse a:</p> <p>Un plan de salud de Medicare, tal como un Plan Medicare Advantage</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de servicios TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en un nuevo plan de salud solo de Medicare.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> Llame al Programa de Asistencia en Asesoramiento de Seguros Médicos de Virginia (VICAP) al 1-800-552-3402. <p>Se le desafiliará automáticamente de Humana Gold Plus Integrated cuando comience la cobertura del nuevo Plan Medicare Advantage. Obtendrá sus beneficios de Medicaid por separado mediante un cargo por servicio.</p>
<p>2. Puede cambiarse a:</p> <p>Medicare original con un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> Llame al Programa de Asistencia en Asesoramiento de Seguros Médicos de Virginia (VICAP) al 1-800-552-3402. <p>Se le desafiliará automáticamente de Humana Gold Plus Integrated cuando comience la cobertura de Medicare original. Obtendrá sus beneficios de Medicaid por separado mediante un cargo por servicio.</p>
<p>3. Puede cambiarse a:</p> <p>Medicare original sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado</p> <p>NOTA: si se cambia a Medicare original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted le informe a Medicare que no desea hacerlo.</p> <p>Solo debería rechazar la cobertura para medicamentos recetados si la obtiene de un patrono, sindicato u otra fuente. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura para medicamentos, llame al Programa de Asistencia en Asesoramiento de Seguros Médicos de Virginia (VICAP) al 1-800-552-3402.</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> Llame al Programa de Asistencia en Asesoramiento de Seguros Médicos de Virginia (VICAP) al 1-800-552-3402. <p>Se le desafiliará automáticamente de Humana Gold Plus Integrated cuando comience la cobertura de Medicare original. Obtendrá sus beneficios de Medicaid por separado mediante un cargo por servicio.</p>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Cómo obtendrá servicios de Medicaid

Si no desea afiliarse a otro Plan Medicare-Medicaid luego de abandonar Humana Gold Plus Integrated, volverá a tener sus servicios de Medicaid mediante el programa de cargo por servicio de Medicaid.

Sus servicios de Medicaid incluyen la mayoría de los servicios y apoyos a largo plazo y servicios para la salud del comportamiento. Esto incluye servicios de exención para ancianos y discapacitados que reciben servicios controlados por el consumidor y servicios de rehabilitación de salud mental en la comunidad. Consulte el Capítulo 4 para ver más detalles acerca de estos servicios.

Si deja el Plan Medicare-Medicaid, puede ver a cualquier proveedor que acepte Medicaid.

E. Hasta que termine su afiliación, seguirá obteniendo servicios médicos y medicamentos mediante nuestro plan

Si abandona Humana Gold Plus Integrated, puede transcurrir tiempo antes de que su afiliación termine y comience su nueva cobertura de Medicare y Medicaid. Consulte la página 170, Sección D, para obtener más información. Durante este tiempo, seguirá obteniendo servicios de cuidado de la salud y medicamentos a través de nuestro plan.

- **Debe usar las farmacias de la red para surtir sus medicamentos recetados.** En general, los medicamentos recetados están cubiertos únicamente si se obtienen en una farmacia de la red, lo que incluye nuestros servicios de pedido de medicamentos por correo.
- **Si está hospitalizado el día que termina su afiliación, nuestro plan generalmente cubrirá su estadía en el hospital hasta que se le dé de alta.** Esto ocurrirá incluso si su nueva cobertura de salud comienza antes de que se le dé de alta.

F. Su afiliación terminará en determinadas situaciones

En estos casos, Humana Gold Plus Integrated terminará su afiliación al plan:

- Si hay un descanso en la Parte A o la Parte B de su cobertura de Medicare.
- Si ya no es elegible para los beneficios completos de Medicaid. Nuestro plan está destinado a personas que sean elegibles tanto para Medicare como para Medicaid.
- Si tiene otro seguro médico integral.
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si usted está fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o hace un viaje largo, debe llamar a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página para averiguar si el lugar adonde se muda o viaja se encuentra en nuestra área de servicio.
- Si va a la cárcel o a prisión por un delito penal.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro para medicamentos recetados que tenga.
- Si no es un ciudadano estadounidense o no reside de forma legal en los Estados Unidos.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Para ser un afiliado de nuestro plan usted debe ser un ciudadano estadounidense o residir legalmente en los Estados Unidos. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid nos informarán si usted no es elegible para seguir siendo un afiliado según esto. Nosotros debemos desafiarlo si usted no cumple este requisito.

Podemos hacerle abandonar el plan por los siguientes motivos únicamente si primero obtenemos permiso de Medicare y Medicaid:

- Si nos brinda intencionalmente información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si continuamente se comporta de una forma que es perturbadora y que nos dificulta proveerle cuidados médicos a usted y a otros afiliados de nuestro plan.
- Si permite que otra persona utilice su tarjeta de identificación de afiliado para obtener cuidado médico.
 - Si finalizamos su afiliación por este motivo, Medicare puede hacer que el Inspector General investigue su caso.

G. Nosotros *no* podemos solicitarle que abandone nuestro plan por razones relacionadas con su salud

Si cree que se le solicita que abandone el plan por razones relacionadas con su salud, debe llamar a Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los siete días de la semana. También debe llamar a la línea de ayuda de Medicaid al 804-786-6145.

La única excepción es si decide inscribirse en un programa de hospicio. Si se inscribe en un hospicio, debe desafiliarse de nuestro plan para poder recibir esos servicios. Puede ver a cualquier proveedor de Medicaid o Medicare.

H. Tiene derecho a presentar una queja si terminamos su afiliación a nuestro plan

Si terminamos su afiliación a nuestro plan, debemos informarle por escrito los motivos que tenemos para hacerlo. Además, debemos explicarle cómo puede presentar una queja o queja formal sobre nuestra decisión de terminar su afiliación. También puede consultar el Capítulo 9, Sección 10, página 164 para buscar información sobre cómo presentar una queja.

I. ¿Dónde puede obtener más información sobre la terminación de su afiliación al plan?

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cómo podemos terminar su afiliación, puede llamar a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

Capítulo 11: Avisos legales

Contenido

A. Aviso sobre leyes.....	175
B. Aviso sobre no discriminación	175
C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador.....	175



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

A. Aviso sobre leyes

Muchas leyes aplican a este *Manual para los afiliados*. Dichas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades incluso si no se incluyen o explican en este manual. Las principales leyes que aplican a este manual son las leyes federales que conciernen a los programas de Medicare y Medicaid. Otras leyes federales y estatales también pueden aplicar.

B. Aviso sobre no discriminación

Todas las empresas y agencias que trabajan con Medicare deben cumplir la ley. Usted no puede recibir un trato diferente debido a su edad, historial de reclamaciones, color, credo, origen étnico, evidencia de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica, estado de salud, historia clínica, discapacidad mental o física, origen nacional, raza, religión o sexo. Si cree que no se le ha tratado de forma justa por alguno de estos motivos, llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles, al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar <http://www.hhs.gov/ocr> para obtener más información.

C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador

A veces, es posible que alguien más tenga que pagar primero por los servicios que le proporcionamos. Por ejemplo, si se ve involucrado en un accidente automovilístico o si resulta lesionado en su trabajo, el seguro o el Programa de compensación laboral deben pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios de Medicare cubiertos por los que Medicare no es el pagador principal.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Actividades de la vida diaria: lo que una persona hace en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Afección médica de emergencia: una afección médica que se manifiesta con síntomas agudos de gravedad suficiente, (incluye dolor intenso, trastornos psiquiátricos o síntomas de farmacodependencia) frente a la cual un lego prudente, que posee un conocimiento promedio en salud y medicina, podría suponer razonablemente que la ausencia de cuidado médico inmediato podría poner la salud de la persona (o en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o del bebé que está por nacer) en grave peligro, grave discapacidad de las funciones corporales, o grave disfunción de cualquier órgano o parte del cuerpo; o en el caso de una mujer embarazada que tiene contracciones, (1) que no hay tiempo suficiente para hacer un traslado seguro a otro hospital antes del parto, o (2) que el traslado puede poner en peligro la salud o la seguridad de la mujer o del bebé que está por nacer.

Afiliado (persona inscrita a nuestro plan, o afiliado del plan): una persona con Medicare y Medicaid que es elegible para obtener los servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y el estado.

Afiliado de Medicare-Medicaid: una persona que es elegible para obtener la cobertura de Medicare y Medicaid. Un afiliado de Medicare-Medicaid también se denomina “beneficiario con doble elegibilidad”.

Afiliado/a: consulte “Afiliado”

Agencia Medicaid del Estado: Departamento de Servicios de Asistencia Médica de la Mancomunidad de Virginia (DMAS).

Apelación: una forma de objetar nuestras acciones si cree que hemos cometido un error. Puede solicitarnos un cambio en una decisión de cobertura presentando una apelación. En el Capítulo 9, Sección 5.3, página 135 se explica el proceso de apelación, incluso cómo presentar una apelación.

Área de servicio: un área geográfica donde un plan de salud acepta afiliados si limita la afiliación al lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que puede utilizar, por lo general, también es el área donde puede obtener servicios rutinarios (que no tienen carácter de emergencia). Es posible que el plan deba desafiliarlo si usted se muda fuera del área de servicio.

Asistente de cuidado médico en el hogar: una persona que proporciona servicios que no necesitan las aptitudes de un enfermero titulado o terapeuta, como la asistencia con el cuidado personal (como bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios recetados). Los asistentes de cuidado médico en el hogar no tienen un título de enfermería ni proporcionan terapia.

Atención al cliente: departamento dentro de nuestro plan que es responsable de dar respuesta a sus preguntas sobre afiliación, beneficios, quejas formales y apelaciones. Consulte el Capítulo 2, Sección A, página 14 para obtener información sobre cómo contactarse con Atención al cliente.

Audiencia imparcial: una oportunidad para plantear su problema ante un tribunal y demostrar que nos equivocamos al tomar una decisión.

Autorización previa: la aprobación que necesita antes de poder obtener determinados servicios o medicamentos. Algunos servicios médicos de la red están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen una autorización previa de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa aparecen marcados en el Cuadro de beneficios del Capítulo 4, Sección D, página 43. Algunos medicamentos solamente están cubiertos si usted cuenta con nuestra autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa aparecen marcados en la Lista de medicamentos cubiertos.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Ayuda adicional: un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare. La Ayuda adicional también se denomina “Subsidio por bajos recursos” o “LIS”, por sus siglas en inglés.

Ayuda pagada pendiente: puede seguir obteniendo sus beneficios mientras espera la decisión sobre una apelación o audiencia imparcial. Esta cobertura continuada se denomina “ayuda pagada pendiente”.

Beneficios: un programa de servicios de cuidado de la salud que se le prestarán y están cubiertos por el Plan de salud.

Calidad: medida en la que un plan de salud aumenta la probabilidades de alcanzar resultados de salud deseados de los afiliados a través de sus cualidades estructurales y operacionales, y a través de la prestación de servicios de salud que son consistentes con el conocimiento profesional actual.

Centro de cirugía ambulatoria: centro médico que provee cirugía a pacientes ambulatorios, que no necesitan cuidado hospitalario y que se anticipa que no necesitarán más de 24 horas de cuidado médico.

Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés): un centro de enfermería que cuenta con el personal y los equipos para proveer cuidado de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializada y otros servicios de cuidado de la salud relacionados.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): centro médico que suministra principalmente servicios de rehabilitación luego de una enfermedad, accidente o cirugía mayor. Provee diversos servicios, entre ellos, terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del ambiente hogareño.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal a cargo de Medicare. En el Capítulo 2, Sección G, página 21 se explica cómo contactarse con los CMS.

Certificado: un centro médico, equipo o persona que ha cumplido de manera oficial con los requisitos estatales, del condado y locales, y que ha recibido un título de una entidad gubernamental local, estatal o federal.

Contrato(s): el contrato entre los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid del DHHS de EE. UU. en asociación con el Estado de Virginia y Humana Gold Plus Integrated para el programa piloto.

Coordinador de cuidado médico: una persona de nuestro plan de salud que trabaja con usted y sus proveedores de cuidado médico para asegurarse de que reciba el cuidado médico que necesita.

Copago: cantidad fija que usted paga como parte del costo que le corresponde al obtener un servicio o suministro. Por ejemplo, puede que pague \$2 o \$5 por un servicio o medicamento recetado.

Costos compartidos: cantidades que debe pagar al obtener servicios o medicamentos. Los costos compartidos incluyen los copagos y el coseguro.

Costos de desembolso personal: el requisito de costos compartidos de los afiliados de pagar parte de los servicios que reciben o los medicamentos que adquieren también se denomina requisito de costo de “desembolso personal”. Consulte la definición de “costos compartidos” más arriba.

Cuidado en casos de emergencia: servicios cubiertos que proporciona un proveedor capacitado para proveer servicios en casos de emergencia y necesarios para tratar una emergencia médica.

Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF): cuidado de enfermería especializada y servicios de rehabilitación que se proporcionan en forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Ejemplos de cuidado médico en un centro de enfermería especializada incluyen la terapia física o las inyecciones intravenosas (IV) que administra un enfermero registrado o un médico.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Cuidado primario: cuidado médico integral, coordinado y de fácil acceso que incluye: promoción y mantenimiento de la salud; tratamiento de enfermedades y lesiones; detección temprana de enfermedades; y referidos a especialistas cuando sea apropiado.

Cuidado que se necesita con urgencia: es el cuidado médico que recibe para tratar una enfermedad, lesión o afección súbitas que no son una emergencia, pero que requieren cuidado médico de inmediato. Puede obtener cuidado que se necesita con urgencia de un proveedor fuera de la red cuando no hay proveedores de la red disponibles o usted no puede acudir a ellos.

Decisión de cobertura: decisión sobre qué beneficios cubriremos. Incluye decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios de cuidado de la salud. En el Capítulo 9, Sección 4, página 129 se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Departamento de salud de Virginia: la agencia del estado que supervisa la salud pública en la Mancomunidad de Virginia.

Desafiliación: el proceso de finalización de su afiliación a nuestro plan. La desafiliación puede ser voluntaria (por decisión propia) o involuntaria (cuando no es usted quien toma la decisión).

Determinación de la organización: el plan concede una determinación de organización cuando este o uno de sus proveedores toma una decisión en cuanto a si los servicios están cubiertos o cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos. Las determinaciones de organización se denominan “decisiones de cobertura” en este manual. En el Capítulo 9, Sección 4, página 129 se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Emergencia: una emergencia médica ocurre cuando usted, o cualquier otra persona con un conocimiento promedio en salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que necesitan cuidado médico inmediato para prevenir la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo, o la pérdida de la función de una parte del cuerpo. Los síntomas pueden ser una lesión grave o dolor intenso. Puede obtener una definición más amplia de emergencia médica en el Capítulo 3, Sección I, página 34.

Equipo de cuidado médico: un equipo de cuidado médico puede incluir médicos, enfermeros, asesores u otros profesionales de la salud que están a su disposición para ayudarlo a que reciba el cuidado médico que necesita. Su equipo de cuidado médico también puede ayudarlo a elaborar un plan de cuidado médico.

Equipo médico duradero: ciertos artículos que su médico le receta para que utilice en el hogar. Por ejemplo, andadores, sillas de ruedas o camas de hospital.

Especialista: un médico que provee servicios de cuidado de la salud para una enfermedad o parte del cuerpo específicas.

Estado: Commonwealth o Mancomunidad de Virginia.

Etapas de cobertura catastrófica: etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que el plan paga todos costos de sus medicamentos hasta que termine el año. Comenzará esta etapa cuando haya alcanzado el límite de \$4,850 en concepto de medicamentos recetados.

Etapas de cobertura inicial: la etapa anterior al momento en que los gastos totales de medicamentos de la Parte D alcanzan los \$4,850. Esto incluye las cantidades que usted pagó, lo que nuestro plan pagó en su nombre y el subsidio por bajos recursos. Usted comienza esta etapa cuando surte el primer medicamento recetado del año. Durante esta etapa, el plan paga parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte.

Evaluación del riesgo de salud: una revisión de la historia clínica y el estado actual del paciente. Se utiliza para entender la salud del paciente y cómo podría cambiar en el futuro.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Excepción: permiso para obtener la cobertura de un medicamento que normalmente no está cubierto o para utilizar el medicamento sin determinados límites y reglas.

Exención para servicios comunitarios y domiciliarios (HCBS, por sus siglas en inglés): una variedad de servicios domiciliarios y comunitarios de Medicaid autorizados bajo la exención §1915(c) diseñada para ofrecer una alternativa a la internación. Las personas pueden ser preautorizadas para recibir uno o más de estos servicios ya sea solos o en combinación, en función de la necesidad documentada del servicio o servicios para evitar la internación (en un centro de enfermería).

Expediente médico: documentos correspondientes al cuidado, bienes o servicios médicos o relacionados prestados en cualquier domicilio comercial. Los registros pueden ser de papel, material magnético, lámina u otro medio. Para ser elegible como base para el reembolso, los expedientes deben estar fechados, ser legibles y estar firmados o certificados de alguna manera, según corresponda con el medio.

Farmacia de la red: una farmacia (tienda de medicamentos) que ha acordado surtir los medicamentos recetados de nuestros afiliados. Las llamamos “farmacias de la red” porque han acordado trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos solamente si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha acordado trabajar con nuestro plan para coordinar o proveer los medicamentos cubiertos a los afiliados de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que adquiere en una farmacia fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, excepto bajo ciertas condiciones.

Hogar o centro de ancianos: un lugar que provee cuidado médico a personas que no pueden recibir el cuidado en el hogar, pero que no necesitan estar en un hospital.

Hospicio: un programa de cuidado médico y apoyo para ayudar a que las personas que tienen un pronóstico terminal vivan con comodidad. Un pronóstico terminal significa que una persona tiene una enfermedad terminal y que se prevé que le quedan seis meses de vida o menos. Un afiliado que tenga un pronóstico terminal tiene derecho a elegir un hospicio. Un equipo especialmente capacitado de profesionales y cuidadores brinda cuidado médico integral a la persona, incluidas sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales. Humana Gold Plus Integrated debe proporcionarle una lista de proveedores de cuidados de hospicio en su área geográfica.

Ingreso suplementario de seguridad (SSI): un beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que tienen una discapacidad, están ciegos o tienen 65 años o más de edad. Los beneficios del SSI no son los mismos que los del Seguro Social.

Instrucciones anticipadas: una instrucción escrita, como un testamento vital o poder notarial duradero para decisiones de cuidado de la salud, reconocido por la ley del estado (tanto reglamentario como reconocido por los tribunales del estado), en relación a la prestación de cuidado de la salud cuando la persona está incapacitada.

Límites de cantidad: un límite de la cantidad de medicamento que puede obtener cada vez que surte su receta médica.

Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos): una lista de los medicamentos recetados que cubre el plan. El plan selecciona los medicamentos de la lista con ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos indica si existen determinadas reglas a seguir para obtener los medicamentos. La Lista de medicamentos a veces se denomina “formulario”.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Manual para los afiliados y divulgación de información protegida: este documento, su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula u otros documentos seleccionados de cobertura opcional, que explica su cobertura, lo que nosotros debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como afiliado de nuestro plan.

Mediador: una oficina en su estado que le ayuda cuando tiene problemas con su plan. Los servicios del mediador son gratuitos.

Medicaid (o Medical Assistance): un programa administrado por el gobierno federal y el estado, que ayuda a las personas con recursos e ingresos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo y los costos médicos. Cubre servicios y medicamentos extra que no cubre Medicare. Los programas Medicaid varían según el estado, pero la mayoría de los costos del cuidado de la salud están cubiertos si es elegible para Medicare y Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección H, página 22 para obtener información sobre cómo contactarse con Medicaid en su estado.

Medicamento de marca: un medicamento recetado que fabrica y comercializa la empresa que fabricó el medicamento originalmente. Los medicamentos de marca contienen los mismos compuestos que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos son fabricados y comercializados por otras empresas.

Medicamento genérico: un medicamento recetado aprobado por el gobierno federal para que se utilice en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Suele ser más económico y funciona igual de bien que el medicamento de marca.

Medicamentos cubiertos: término que utilizamos para denominar a todos los medicamentos recetados que cubre nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D de Medicare: medicamentos que están cubiertos por la Parte D de Medicare. El Congreso específicamente excluyó determinadas categorías de medicamentos de la cobertura como medicamentos de la Parte D. Medicaid puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Medicamentos de la Parte D: consulte “Medicamentos de la Parte D de Medicare”.

Medicare original (Medicare tradicional o Medicare de cargo por servicio): Medicare original es ofrecido por el gobierno. En virtud de Medicare original, los servicios de Medicare están cubiertos al pagar a los médicos, hospitales u otros proveedores del cuidado de la salud las cantidades establecidas por el Congreso. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor del cuidado de la salud que acepte Medicare. Medicare original tiene dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico). Medicare original está disponible en cualquier lugar de los Estados Unidos. Si no desea estar afiliado a nuestro plan, puede optar por Medicare original.

Medicare: el programa de seguros de salud federal para personas de 65 años de edad o más, para algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y para personas con enfermedad renal en etapa terminal (en general, aquellas con insuficiencia renal permanente que requieren diálisis o trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Medicare original o un plan de cuidado coordinado (consulte “Plan de salud”).

Modelo de cuidado: proporciona estructura para los sistemas y procesos de gestión del cuidado médico que permitirá a los administradores de cuidado médico proveer cuidado coordinado.

Modelo de servicios controlados por el consumidor (CD, por sus siglas en inglés): significa el modelo de prestación de servicios por el cual la persona inscrita en la exención o el patrono de la persona inscrita, según corresponda, son responsables de contratar, capacitar, supervisar y despedir a la persona o personas que prestan los servicios.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Necesario por razones médicas: son los servicios para evitar, diagnosticar o tratar una afección o para mantener su estado de salud actual, o un artículo o servicio provisto para el diagnóstico o tratamiento de su afección de acuerdo con las normas de práctica médica.

Nivel de costos compartidos: un grupo de medicamentos con el mismo copago. Todos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos cubiertos se encuentran en uno de los cuatro niveles de costos compartidos. En general, cuanto mayor sea el nivel de costos compartidos, mayor será el costo de su medicamento.

Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO): un grupo de médicos y otros expertos en cuidado de la salud que ayudan a mejorar la calidad del cuidado médico para personas con Medicare. El Gobierno federal les paga para controlar y mejorar el cuidado médico proporcionado a los pacientes. Consulte el Capítulo 2, Sección F, página 20 para obtener información sobre cómo contactarse con la QIO en su estado.

Paciente ambulatorio: un paciente de un centro médico organizado, o parte distintiva de ese centro, al que se espera prestar, y a quien se le prestan, servicios profesionales durante un período de menos de veinticuatro (24) horas, independientemente de las horas de admisión, de si utilizó o no una cama o de si el paciente permanece o no en el centro después de medianoche.

Paciente internado: una expresión que se utiliza cuando usted ha sido formalmente ingresado en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no ha sido formalmente ingresado en un hospital, aún puede considerarse un paciente ambulatorio, en vez de paciente internado, incluso luego de una estadía durante la noche.

Pago del paciente: la cantidad que es posible que tenga que pagar por servicios de cuidado médico a largo plazo según sus ingresos. El Departamento de Servicios Sociales (Department of Social Services) de Virginia debe calcular su cantidad de pago del paciente si usted reside en un centro de enfermería o recibe servicios de exención EDCD. No obstante, es posible que no tenga que pagar cada mes.

Parte A de Medicare: el programa Medicare que cubre la mayoría del cuidado médico necesario por razones médicas en un hospital, centro de enfermería especializada, cuidado médico en el hogar y cuidados de hospicio.

Parte A: consulte “Parte A de Medicare”.

Parte B de Medicare: el programa Medicare que cubre servicios (como pruebas de laboratorio, cirugías y consultas al médico) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son necesarios por razones médicas para tratar una enfermedad o afección. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y pruebas de detección.

Parte B: consulte “Parte B de Medicare”.

Parte C de Medicare: el programa Medicare que permite a las compañías de seguro médico privadas proveer beneficios de Medicare a través de un Plan Medicare Advantage.

Parte C: consulte “Parte C de Medicare”.

Parte D de Medicare: el programa de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. (Lo denominamos “Parte D” para abreviar). La Parte D cubre los medicamentos recetados, las vacunas y algunos artículos como paciente ambulatorio que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare o Medicaid. Humana Gold Plus Integrated incluye la Parte D de Medicare.

Parte D: consulte “Parte D de Medicare”.

Plan de cuidado médico: un plan mediante el cual recibirá servicios de salud, y que indica cómo los recibirá.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Plan de salud: una organización formada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de cuidado médico para ayudarlo a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan juntos para proveer el cuidado médico que usted necesita.

Preautorización: autorización de servicios específicos antes de que se presten.

Prótesis y ortopedia: estos son dispositivos médicos indicados por su médico u otro proveedor del cuidado de la salud. Los artículos cubiertos incluyen, a modo de ejemplo, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función de un órgano interno, incluidos suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general que utilizamos para médicos, enfermeros y otras personas que le proporcionan servicios y cuidado médico. El término también incluye hospitales, agencias de cuidado médico en el hogar, clínicas y otros lugares que proporcionan servicios del cuidado de la salud, equipos médicos, y servicios y apoyos a largo plazo. Cuentan con licencia o certificado de Medicare y el estado para proveer servicios de cuidado de la salud. Los denominamos “proveedores de la red” cuando acuerdan trabajar con el plan de salud y aceptar nuestro pago, y no cobran una cantidad adicional a nuestros afiliados. Mientras sea un afiliado de nuestro plan, debe usar proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Proveedor fuera de la red o centro médico fuera de la red: un proveedor o centro que no es contratado, no es de propiedad o no está dirigido por nuestro plan y no tiene un contrato para proveer los servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. En el Capítulo 3, Sección D, página 29 se explica los proveedores o centros fuera de la red.

Proveedor o médico de cuidado primario (PCP): es el proveedor o médico que usted ve en primer lugar para la mayoría de los problemas de salud. Este se asegura de que usted reciba el cuidado médico que necesita para mantenerse saludable. También es el que lo refiere a otros médicos y proveedores del cuidado de la salud y habla con ellos sobre su cuidado médico. En muchos planes de salud de Medicare, primero debe ver a su proveedor de cuidado primario antes de ver a otro proveedor del cuidado de la salud. Consulte el capítulo 3, Sección D, página 29 para obtener información sobre cómo recibir cuidado médico de proveedores de cuidado primario.

Proveedor: una persona o entidad que cumple con todos los requisitos estatales y/o federales (según corresponda) para proveer Servicios cubiertos a los afiliados del programa piloto.

Queja formal: una queja que presenta sobre nosotros o uno de nuestros proveedores o farmacias de la red. Esto incluye una queja acerca de la calidad del cuidado médico.

Queja: una declaración escrita o verbal en la que indica que usted tiene un problema o inquietud sobre sus servicios o cuidado médico cubiertos. Esto incluye toda inquietud sobre la calidad del cuidado médico, los proveedores y las farmacias de la red. “Presentar una queja” se conoce formalmente como “presentar una queja formal”.

Referido: en la mayoría de los casos, su PCP de la red debe dar su aprobación antes de que usted utilice otros proveedores de la red del plan. Esto se denomina referido. Consulte el Capítulo 3, Sección D, páginas 29 a la 33 para obtener más información acerca de los referidos.

Saldo de facturación: situación en la cual un proveedor (como un médico u hospital) le factura a una persona más que la cantidad de costos compartidos del plan por los servicios. Como afiliado de Humana Gold Plus Integrated, solo tiene que pagar las cantidades de costos compartidos del plan cuando recibe los servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le facturen la diferencia a usted. Llame a Atención al cliente si recibe alguna factura que no entiende.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluso nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Servicios cubiertos: término general que utilizamos para denominar los servicios de cuidado de la salud, los servicios y apoyos a largo plazo, los suministros, los medicamentos recetados y de venta sin receta, los equipos y demás servicios que cubre nuestro plan.

Servicios de exención para ancianos y discapacitados que reciben servicios controlados por el consumidor (EDCD): la exención §1915(c) aprobada por los CMS que cubre una variedad de servicios de apoyo en la comunidad ofrecida a las personas inscritas que son mayores o tienen una discapacidad que, de otro modo, requerirían cuidado médico a nivel de centro de enfermería (NF).

Servicios de rehabilitación: el tratamiento que usted recibe para reponerse de una enfermedad, accidente u operación importante. Consulte el capítulo 4, Sección D, página 43 para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Servicios en casos de emergencia: servicios para pacientes internados y ambulatorios cubiertos bajo este Contrato que son ofrecidos por un proveedor acreditado para prestar dichos servicios y que se necesitan para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia del afiliado.

Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS): servicios que ayudan a mejorar una afección médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios le ayudan a permanecer en su hogar para que no tenga que ir a un hogar de ancianos u hospital.

Subsidio por bajos recursos (LIS, por sus siglas en inglés): Consulte “Ayuda adicional”.

Tarifa diaria de costos compartidos: tarifa que puede aplicarse cuando su médico le recete un suministro menor a un mes de determinados medicamentos y usted deba pagar un copago. Una tarifa diaria de costos compartidos es el copago dividido por el número de días en el suministro de un mes. Este es un ejemplo: si su copago para un suministro de medicamento para un mes es de \$1.20 y un suministro de un mes en su plan es de 30 días, su “tarifa diaria de costos compartidos” es de \$0.04 por día. Esto significa que pagará \$0.04 por el suministro de cada día al momento de surtir su medicamento recetado.

Terapia por fases: una regla de cobertura que requiere que usted utilice primero un medicamento antes de que cubramos el medicamento que usted solicita.

Transporte: un medio de transporte apropiado que se le ofrece para obtener servicios cubiertos/autorizados en el programa piloto.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

La discriminación es contra la ley

Humana Inc. cumple con todas las leyes aplicables de derechos civiles federales y no discrimina por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Humana Inc. no excluye ni trata de manera diferente a nadie por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Humana Inc. proporciona:

- Ayudas y servicios auxiliares gratuitos, como por ejemplo intérpretes acreditados para hablar por señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades cuando dichas ayudas y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.
- Servicios gratuitos de idiomas para personas cuyo idioma principal no es el inglés, cuando dichos servicios sean necesarios para proporcionar acceso útil, tales como documentos traducidos o interpretación oral.

Si necesita estos servicios, llame al 1-855-280-4002 o si utiliza un TTY, llame al 711.

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

Discrimination Grievances

P.O. Box 14618
Lexington, KY 40512 - 4618

Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al 1-855-280-4002 o bien, si utiliza un 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, por medios electrónicos 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 por 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 para quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com.

Multi-language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-855-280-4002 (TTY: 711)**.

Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-855-280-4002 (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 **1-855-280-4002 (TTY: 711)**。

한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-855-280-4002 (TTY: 711)** 번으로 전화해 주십시오.

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-855-280-4002 (TTY: 711)**.

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-855-280-4002 (телетайп: 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 **1-855-280-4002 (TTY: 711)**.

Français (French): ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-855-280-4002 (ATS : 711)**.

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-855-280-4002 (TTY: 711)**.

Diné Bizaad (Navajo): Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiiik'eh, éí ná hóló, kojí' hódíílnih **1-855-280-4002 (TTY: 711)**.

العربية (Arabic):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-855-280-4002 (رقم هاتف الصم والبكم: 711)**.

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-855-280-4002 (TTY: 711)** पर कॉल करें।

وڈرا (Urdu):

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں **1-855-280-4002 (TTY: 711)**۔

فارسی (Farsi):

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-855-280-4002 (TTY: 711)** تماس بگیرید.

አማርኛ (Amharic): ማሰታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዙዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-855-280-4002 (መስማት ለተሳናቸው: 711)**።

বাংলা (Bengali): লক্ষ্য করুন: যদি আপনার বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নথি রাখায় ভাষা সহায়তা পরষিবো উপলব্ধ আছে। ফোন করুন **1-855-280-4002 (TTY: 711)**।

ᐅᐱᐅᐅ-wùdù-po-nyᐅ (Bassa): Dè dɛ nà ke dyédé gbo: ɔ jũ ké n̄ [ᐅᐱᐅᐅ-wùdù-po-nyᐅ] jũ ní, níí, à wuɖu kà kò dᐅ po-poᐅ b́é ìn n̄ gbo kpáa. Ǿá **1-855-280-4002 (TTY: 711)**



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite espanol.humana.com.

Igbo asusu (Ibo): Ige nti: O buru na asu Ibo asusu, enyemaka diri gi site na call **1-855-280-4002 (TTY: 711)**.

èdè Yorùbá (Yoruba): AKIYESI: Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi **1-855-280-4002 (TTY: 711)**.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated, un Plan del Commonwealth Coordinated Care, al 1-855-280-4002 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **espanol.humana.com**.

