



HUMANA®

Humana Gold Plus®

2002 MANUAL DE BENEFICIOS

CHICAGO/CONDADO COOK/PLAN DE VALOR AGREGADO

¡Bienvenido a Humana!

Nos sentimos muy complacidos de que usted haya elegido a Humana como su proveedor del plan de salud. Estamos seguros que, al igual que la gran mayoría de nuestros miembros, usted se dará cuenta que nuestros planes han sido diseñados pensando en usted. Humana está dedicada a centrar su atención primordialmente en las necesidades de sus miembros.

Una de nuestras mayores prioridades es garantizar que usted tenga un fácil acceso a la información sobre nuestro plan. Este folleto que contiene el Manual de Beneficios, está diseñado para explicar las normas y la cobertura de su plan en un lenguaje sencillo y fácil de comprender.

El Manual de Beneficios, conjuntamente con su Formulario de Inscripción, conforman nuestro contrato con usted. En él se describen los beneficios, disposiciones y limitaciones de su cobertura para el año calendario 2002. Cualquier cambio que se haga en el Manual de Beneficios durante el año, incluyendo las mejoras de los beneficios, le será enviado como un anexo modificadorio del contrato. En el mes de octubre, le enviaremos una carta describiendo los cambios que se harán a sus beneficios, si es que los hay, para el siguiente año calendario. Su nueva cobertura entrará automáticamente en vigor en enero 1, a menos que usted elija cancelar su inscripción.

El plan Medicare+Choice que usted ha elegido, Humana Gold Plus, es un plan de salud prepagada para las personas elegibles para los beneficios de Medicare, ya sea por edad o por incapacidad. El plan es ofrecido por una organización de Medicare+Choice, Humana Health Plan, Inc., organización para el mantenimiento de la salud (HMO) autorizada por el estado y federalmente calificada, que contrata con los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), anteriormente conocidos como Administración de la Financiación de los Cuidados de la Salud (Health Care Financing Administration, HCFA), para proporcionarle a usted los beneficios de Medicare.

Nuestro contrato con CMS se renueva anualmente. Al final de cada año contractual, el contrato puede darse por terminado a la sola discreción ya sea de Humana Health Plan, Inc. o de CMS. En caso de que Humana decida no renovar el contrato, usted recibirá una notificación con una anticipación mínima de 90 días a la terminación del contrato. En caso de que CMS decida no renovar el contrato, usted recibirá una notificación con una anticipación mínima de 30 días. En ambos casos, se le garantizará su derecho a regresar a la cobertura del Medicare Original y nosotros le ayudaremos a obtener información sobre pólizas complementarias o sobre otros planes que tengan un contrato de Medicare con CMS.

Agradecemos altamente la confianza que usted ha depositado en Humana. Hemos estado prestando servicio desde 1961, y nos hemos convertido en uno de los proveedores más importantes en planes de salud en la nación, manteniéndonos comprometidos con las necesidades individuales de cada uno de los miembros como usted.

**Gracias por elegir a Humana.
¡Esperamos poder prestarle nuestros servicios!**

Nota: No hacemos discriminaciones en el empleo de personal ni en la prestación de los servicios con base en la raza, discapacidad, religión, sexo, orientación sexual, salud, origen étnico, credo, edad, o país de origen. La ley Federal exige que una Organización de Medicare para el Cuidado de la Salud actúe de conformidad con el Título VI de la ley de 1964 sobre Derechos Civiles, la ley de 1973 sobre Rehabilitación, la ley de 1975 sobre Discriminación por Edad, la Ley sobre Discapacitados (Americans with Disabilities Act) y otras leyes aplicables a los receptores de fondos federales, y todas las demás leyes y normas aplicables.

ÍNDICE

Presentación

Números telefónicos importantes	1
Preguntas frecuentes	3

Cómo afiliarse y cómo desafilarse

Nuevas normas que afectan su afiliación y desafiliación	6
Las nuevas normas son las siguientes	6
Diferentes normas que se aplican a las nuevas personas elegibles a Medicare	7
Afiliación	7
Requisitos para ser elegible	7
Proceso de afiliación	8
Estado laboral	8
Fecha de entrada en vigor / Notificación de la inscripción	8
Su tarjeta de identificación como miembro	9
Evaluación inicial de la salud	9
Instrucciones anticipadas sobre el tratamiento	9
Manifestación de su voluntad en vida	10
Poder General Permanente	10
Desafiliación voluntaria	11
Desafiliación involuntaria	12
Restablecimiento de la cobertura	12

Cómo puede hacer uso de su plan

Elección de su médico de atención primaria	13
Transferencia del historial médico	13
Servicios del médico de atención primaria	13
Programación de su primera cita con su médico de atención primaria	14
Cambio de médico de atención primaria	14
Hospitalización	14
Servicios de especialista y como paciente externo	14
Servicios con auto-referido	14
Relación con su médico	15
Atención de emergencia	15
Cuidados posteriores a la estabilización	15

Atención urgente	15
Autorización previa/ cláusula inalterable	16

Administración de la atención de su salud

Enfermero/a personal de HumanaHealth	17
Confidencialidad y revelación de la información	17
Gestión de la calidad	17
Programa para el Manejo de Enfermedades	18
Avances Tecnológicos	18
Pautas para el manejo de su salud	18

Cómo tratar los aspectos relacionados con la calidad y la cobertura

Cómo reportar los aspectos relacionados con la calidad	19
Proceso de quejas	19
Proceso de quejas formales	19
Cómo solicitar una autorización para servicios médicos	19
Proceso estándar de decisiones	19
Proceso acelerado de decisiones	20
Cómo apelar las decisiones iniciales sobre cobertura	20
Proceso estándar de apelaciones	21
Proceso acelerado de apelaciones	22
Soporte de sus apelaciones	23
Quién puede presentar una apelación	23
Ayuda con su apelación	23
Proceso de decisión	24
Retaliación	24
Qué hacer si está en desacuerdo cuando se le dé de alta del hospital	24
Revisión inmediata de las decisiones sobre la orden de salida del hospital, por parte de la Peer Review Organization (PRO)	24
Proceso de quejas ante la Peer Review Organization, sobre la calidad de la atención	25

ÍNDICE (CONTINUACIÓN)

Información Financiera

Responsabilidades financieras	26
Cambios en las responsabilidades financieras	26
Coordinación de los beneficios	27
Pago de reclamaciones	27
Derecho de indemnización	27

Sus derechos

y responsabilidades	28
-------------------------------	----

Glosario	30
--------------------	----

Beneficios médicos para el año calendario 2002

Atención de la salud en el hogar	39
Atención dental	39
Atención en las RNHCI (Instituciones religiosas para el cuidado no-médico de la salud)	40
Atención hospitalaria	40
Atención médica	42
Atención quiropráctica	42
Atención siquiátrica	42
Cirugía	43
Cuidado del oído	43
Cuidados preventivos	43
Diálisis de riñón	44
Dispositivos de prótesis	45
Equipo médico duradero	45
Exámenes de diagnóstico	45
Hogares de convalecientes con servicio de enfermeros/as calificados/as	45

Implante coclear	46
Podiatría	46
Quimioterapia	46
Reconstrucción del seno	46
Servicios de ambulancia	46
Servicios de rehabilitación	46
Servicios dermatológicos	47
Servicios para el cuidado de la vista	47
Servicios relacionados con farmacodependencia	47
Trasplantes	47
Trasplantes de córnea	50

Beneficios adicionales para el año calendario 2002

Revista <i>Active Outlook</i> de Humana	51
Podiatría (de rutina)	51
Medicamentos recetados	51

Exclusiones y servicios generales limitados o no cubiertos

Resumen de los costos a cargo del miembro para el año calendario 2002

NÚMEROS TELEFÓNICOS IMPORTANTES

El Manual de Beneficios contiene las respuestas a la mayoría de sus preguntas. Cuando usted esté buscando un tema específico por favor consulte el índice. Para cualquier pregunta que parezca no tener respuesta en las siguientes páginas, por favor llame al número correspondiente que aparece a continuación.

Departamento de Servicio al Cliente

Para obtener información sobre:

Afiliación, desafiliación, asuntos relacionados con cuentas y cambios de dirección, llame gratis al:

1-800-992-2551

(TDD# 1-800-833-3301)*

de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m.

Para obtener información sobre:

Reclamaciones, beneficios, cambio de su médico de atención primaria, preguntas sobre farmacias, transferencia de historias médicas, quejas y asuntos que no puedan ser resueltos por su médico de atención primaria, llame al:

1-800-457-4708

(TDD# 1-800-833-3301)*

de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m.

Para referir a un amigo

Si usted tiene amigos o parientes que desean información sobre Humana Gold Plus, por favor indíqueles que deben llamar al:

1-800-833-2369

(TDD# 1-877-833-4486)*

**de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
y los sábados de 8 a.m. a 1 p.m.**

*Si usted es una persona con impedimentos auditivos o del habla y tiene acceso a un sistema TDD.

Sitio Web de Medicare+Choice de Humana: www.humanagold.com

Por favor complete la siguiente información para fácil referencia cuando llame a Humana.

Mi número de Medicare es: _____

Mi número de afiliación a Humana Gold Plus es: _____

Mi médico de atención primaria de Humana es: _____

El número telefónico de mi médico de Humana es: _____

Humana Health Plan, Inc.
30 South Wacker Drive, Suite 3100
Chicago, IL 60606
1-312-441-9111
Oficina administrativa: Chicago, IL

NÚMEROS TELEFÓNICOS IMPORTANTES *(continuación)*

CMS (Centros para Servicios de Medicare y Medicaid)

Para formular preguntas o solicitar copias gratis de materiales informativos producidos por el programa Medicare, llame al:

1-800-MEDICARE

(1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TDD# 1-877-486-2048)*

SHIP (State Health Insurance Assistance Program – Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud)

Para obtener asesoría y asistencia gratis en seguros de salud, comuníquese con el SHIP de su estado:

**Senior Health Insurance Program
Illinois Department of Insurance**

320 W. Washington

Springfield, IL 62767

1-217-785-9021

1-800-548-9034

(llamadas gratuitas únicamente dentro del estado)

(TTY# (217) 524-4872)*

Nota: Usted puede obtener información sobre el programa de Medicare o sobre el SHIP de su estado en el siguiente sitio web: www.medicare.gov

Agencia de Medicaid

Para obtener información sobre Medicaid y los programas asociados incluyendo el Beneficiario Calificado de Medicare, el Beneficiario Especial de Bajos Ingresos de Medicare, el Individuo Trabajador Discapacitado Calificado y el Individuo Calificado, póngase en contacto con:

Illinois Department of Human Services

1-217-782-0963

1-800-252-8635

(llamadas gratuitas únicamente dentro del estado)

(TTY # 1-217-785-8035 ó

1-800-447-6404)*

Administración del Seguro Social

Para obtener información sobre los beneficios, incapacidad, beneficios de familia, beneficios de sobrevivientes, beneficios para el anciano invidente, y sobre el discapacitado y Medicare, llame a:

Administración del Seguro Social

1-800-772-1213

(TTY# 1-800-325-0778)*

O

Visite el sitio web www.ssa.gov

Consejo de Trabajadores Ferroviarios Retirados

Si usted recibe beneficios del Consejo de Trabajadores Ferroviarios Retirados, puede llamar a la oficina local de su Consejo de Trabajadores Ferroviarios Retirados o al **1-800-808-0772**.

*Si usted es una persona con impedimentos auditivos o del habla y tiene acceso a un sistema TTY.

RESPUESTAS A PREGUNTAS FRECUENTES

Preguntas acerca de los procedimientos de su plan

P: ¿Cómo debo presentar una reclamación?

R: Usted prácticamente nunca tiene que presentar una reclamación cuando recibe servicios de los proveedores de la red de Humana Gold Plus – ellos presentan la reclamación por usted. Si usted recibe atención de emergencia o atención urgentemente necesitada de parte de un proveedor que no sea de la red, ellos también presentan las reclamaciones por usted. Sin embargo, si no lo hacen, usted debe enviar copias de todas las facturas o cuentas de cobro a la Oficina de Reclamaciones a:

**Humana Claims Office
P.O. BOX 14601
Lexington, Kentucky 40512-4601**

P: Voy a cambiar mi domicilio. ¿Qué debo hacer?

R: Si usted cambia de domicilio y su nueva dirección está dentro del área de servicio del plan definida en la sección “Requisitos para ser elegible” llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente. De esta manera, usted continuará recibiendo oportunamente la información importante sobre el plan.

Si usted se muda de manera permanente fuera del área de servicio del plan, definida en la sección “Requisitos para ser elegible”, o si va a permanecer fuera de esta área definida de servicio del plan por más de seis meses consecutivos, usted debe desafiliarse de Humana Gold Plus. Nosotros cancelaremos su inscripción al final del mes en el cual usted se cambie de domicilio. Es muy importante llamar con anticipación a nuestro Departamento de Servicio al Cliente, con el fin de determinar si usted se está trasladando a un área donde ofrezcamos un plan de Medicare+Choice o, de lo contrario, para investigar las opciones que usted tiene.

Si usted se comunica con nosotros después de haberse trasladado, pero antes de que haya hecho otros arreglos, puede haber un lapso en la cobertura.

P: ¿Debo cancelar mi suplemento ahora que estoy con Humana Gold Plus?

R: Esta decisión es completamente suya. Los suplementos de Medicare están diseñados para llenar los vacíos del Medicare Original. Usted no puede hacer uso de un suplemento de Medicare mientras esté inscrito en Humana Gold Plus. Para obtener información adicional, por favor consulte el proceso de afiliación descrito en este manual en la sección “Cómo afiliarse y cómo desafiliarse”.

P: ¿Cuál es el mejor momento para comunicarme con el Departamento de Servicio al Cliente?

R: Usted puede llamar a nuestro Departamento de Servicio al Cliente (ver “Números telefónicos importantes” en la página 1) de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. Nuestros días más ocupados son los lunes, por lo tanto, si tiene dificultades para comunicarse con nosotros los lunes, por favor trate nuevamente otro día de la semana.

P: ¿Puedo desafiliarme de Humana Gold Plus y volver al Medicare Original?

R: Sí. Sin embargo, a partir de enero 1 de 2002 se aplican nuevas normas tanto para afiliarse a los planes M+C como para desafiliarse de los mismos. Para obtener información más detallada, consulte en este manual la sección “Cómo afiliarse y cómo desafiliarse”.

Preguntas acerca de los proveedores de su plan

P: ¿Cuáles son los proveedores que están en la red de Humana Gold Plus?

R: Consulte su directorio de proveedores donde encontrará el listado completo. Teniendo en cuenta que podrían haber cambios en nuestra red durante el transcurso del año, llame

a nuestro Departamento de Servicio al Cliente en cualquier momento que necesite información actualizada, o visite nuestro sitio web www.humanagold.com para solicitar un directorio de proveedores.

P: Entiendo que debo seleccionar mi médico de atención primaria o el centro médico, en el momento de la afiliación.

¿Cómo funciona esto?

R: Al afiliarse, usted selecciona su médico personal de atención primaria de una lista de proveedores participantes en la red. El médico de atención primaria que usted elija será quien se encargará de atender todas sus necesidades de atención en salud y coordinará todos los tratamientos médicos que usted necesite, incluyendo las consultas o tratamientos por parte de especialistas, las pruebas diagnósticas y la atención hospitalaria, si se requiere, en un hospital de la red.

Nota: La elección que usted haga de su médico de atención primaria podría determinar los especialistas que usted consultará.

Preguntas acerca de los beneficios de su plan

P: ¿Qué pasa si necesito cuidados de hospicio?

R: Usted puede elegir cobertura de Medicare para hospicio y aún así continuar inscrito en Humana Gold Plus. La cobertura de los servicios relacionados con hospicio será proporcionada a través de Medicare. La cobertura de los servicios no relacionados con hospicio también será proporcionada a través de Medicare. No obstante, Humana cubrirá las cuotas y deducibles no relacionados con un hospicio que no sean cubiertos por Medicare, al igual que los beneficios adicionales cubiertos bajo su plan de salud Humana, pero no cubiertos por Medicare. Usted puede utilizar a su médico de atención primaria como su médico tratante en el hospicio.

Nota: Llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente para obtener información acerca de todos los proveedores disponibles

para Hospicios Certificados por Medicare. (Ver “Números telefónicos importantes”, en la página 1).

P: ¿Qué pasa si llegara a tener una enfermedad renal en su etapa final?

R: Humana Gold Plus cubre el tratamiento de enfermedades renales en su etapa final cuando la enfermedad ha sido diagnosticada después de la fecha en que usted solicitó la inscripción a Humana Gold Plus. A usted no se le puede desafiliar si contrae la enfermedad después de inscribirse, siempre y cuando usted continúe cumpliendo con los requisitos de elegibilidad descritos en la página 7.

P: ¿Qué pasa si decido participar en una prueba clínica?

R: Si usted lo desea, puede formar parte de una prueba clínica calificante de Medicare y permanecer inscrito en Humana Gold Plus. Sin embargo, cuando usted se inscribe en una prueba clínica, Medicare Original le hace el reembolso directamente a los proveedores por todos los servicios cubiertos que usted reciba y usted será responsable del pago de cualquier coaseguro de Medicare. Usted no está obligado a utilizar los proveedores del plan y no necesita ser referido.

Llame al 1-800-MEDICARE para obtener información adicional. La atención médica que usted requiera y no esté relacionada con el prueba clínica, seguirá siendo proporcionada por Humana Gold Plus.

P: ¿Qué debo hacer si tengo una emergencia?

R: Llame al 911 o acuda al centro médico más cercano. Humana Gold Plus cubre la atención de emergencia proporcionada por los proveedores no participantes en la red. Los servicios de emergencia están definidos en el Glosario. Llame a su médico de atención primaria tan pronto como sea posible después de que se presente la emergencia, para asegurarse que su reclamación sea pagada oportunamente y que usted reciba todos los cuidados de seguimiento necesarios.

P: ¿Qué pasa si quiero una segunda opinión?

R: Humana Gold Plus le permite recibir una segunda opinión sobre una condición médica o antes de tomar una decisión sobre un procedimiento quirúrgico. Si usted cree que necesita una segunda opinión, puede pedirle a su médico de atención primaria que lo refiera a otro proveedor de la red para obtener esa segunda opinión.

P: ¿Qué pasa si me atraso con el pago de mi prima?

R: El pago de su prima vence el primero de cada mes. Usted recibirá una carta recordándole que su pago está vencido, en caso de que no lo hayamos recibido. Si su pago no ha sido recibido dentro de los 90 días siguientes a la fecha de vencimiento de la prima, usted quedará desafiliado. Por esta razón, es muy bueno que el pago de las primas de su plan se haga mediante débito automático de su cuenta bancaria.

CÓMO AFILIARSE Y CÓMO DESAFILIARSE

Nuevas normas que afectan su afiliación y desafiliación

A partir de enero 1 de 2002, hay nuevas normas sobre cuando y con qué frecuencia puede usted hacer cambios en la forma de recibir su cobertura de Medicare.

Las nuevas normas son las siguientes:

- Cada año, durante el Período Anual de Elección, comprendido entre noviembre 1 y noviembre 30, usted tendrá la oportunidad de decidir sobre la forma en que recibirá su cobertura de Medicare para el año siguiente. Durante el mes de noviembre, usted tiene la libertad para solicitar cualquier tipo de cambio. Las solicitudes de cambio que se hagan en noviembre de 2002 surtirán efecto en enero 1 de 2003.

Nota: Durante el Período Anual de Elección, todos los planes deben aceptar nuevos miembros, a menos que ya hayan llegado al límite de su capacidad.

Ejemplo: La señora Pérez presenta una solicitud diligenciada de afiliación al plan de salud Alfa durante el Período Anual de Elección en noviembre de 2001. A partir de enero 1 de 2002, la señora Pérez es miembro del plan de salud Alfa.

- Durante el Período de Inscripciones Abiertas, comprendido entre enero 1 de 2002 y junio 30 de 2002, usted puede retirarse de su plan de salud Medicare para regresar al plan Medicare Original o para vincularse a otro plan, **solamente una vez**. Después de haber cambiado una vez, debe permanecer en ese plan por el resto del año.

Nota: La vinculación a otro plan de Medicare+Choice depende de que ese plan esté recibiendo a nuevos miembros.

Si usted quiere regresar a Medicare Original, puede hacerlo, siguiendo los procedimientos

de desafiliación voluntaria. Automáticamente regresará al plan Medicare Original.

Si usted desea inscribirse en un plan Medicare+Choice distinto, puede hacerlo diligenciando la solicitud de afiliación al nuevo plan. En ese momento quedará automáticamente desafiliado de su plan anterior. No se desafilie primero voluntariamente de su plan anterior, pues eso implica volver a Original Medicare y esto se cuenta como su único cambio.

Ejemplo: La señora Pérez estaba inscrita como miembro del plan de salud Alfa en enero 1 de 2002, pero decide que quiere inscribirse como miembro del plan Beta. La señora Pérez presenta un formulario de inscripción diligenciado para el plan Beta en enero, esto la desafilia del plan Alfa a partir de febrero 1. Como la señora Pérez hizo solamente un cambio, al presentar la solicitud de inscripción para el plan Beta, queda correctamente inscrita en el plan Beta a partir de febrero 1 de 2002.

La señora Pérez cambia de opinión nuevamente y en marzo presenta un formulario de desafiliación al plan Beta, con la intención de regresar al Medicare Original. Como la señora Pérez ya había hecho el único cambio al que tenía derecho durante el Período de Inscripciones Abiertas, no se le permitirá desafiliarse del plan Beta. Ella debe esperar hasta el Período Anual de Elección que tiene lugar en noviembre para poder cambiar de plan. El cambio surtirá efecto en enero 1 de 2003.

- Durante el segundo semestre del año, de julio a diciembre, usted no puede cambiar la forma de obtener la cobertura, ni tampoco regresar al plan Medicare Original a menos que cumpla con una de las siguientes excepciones:
 - Que su plan de salud se retire de Medicare.
 - Que usted se traslade fuera del área de servicio de su plan.

- Que usted se encuentre en otra situación que Medicare considere como una excepción.

Si usted califica en alguna de estas excepciones, puede vincularse a cualquier plan de Medicare+Choice que usted elija, o regresar al Medicare Original. Si usted elige un plan de Medicare+Choice, este plan no debe haber alcanzado su capacidad límite.

Diferentes normas que se aplican a los nuevos afiliados que califican para Medicare

Usted puede retirarse del primer plan de salud Medicare en el que se inscribió durante el Período Inicial de Elección de Cobertura, (al cumplir los 65 años) y regresar al plan Medicare Original una sola vez durante sus primeros 12 meses de afiliación a ese plan.

También tiene una oportunidad de cambiar a un plan nuevo de Medicare+Choice. Usted puede hacer un cambio durante los primeros seis meses después de que empiece a obtener beneficios de Medicare.

Si usted hace un cambio y no se siente satisfecho con su elección, puede cambiar de plan nuevamente en el mes de noviembre. Si usted hace un cambio de plan en noviembre, el cambio surtirá efecto en enero 1 de 2003.

Ejemplo: La señora Pérez, cumplió 65 años en marzo de 2002 y recibió su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare. Su tarjeta comprueba que ella tiene Medicare Parte A y Parte B. Ella se vincula al plan de salud Alfa a partir de marzo 1 de 2002. La señora Pérez tiene plazo hasta febrero 28 de 2003 para cambiarse al plan Medicare Original. Ella tiene plazo hasta agosto 31 de 2002 para cambiarse a otro plan de Medicare+Choice.

La siguiente norma se aplica si es la primera vez que usted es elegible para vincularse a un plan de Medicare+Choice. Es posible que usted sea elegible desde hace poco tiempo, si acaba de inscribirse en Medicare Parte B y anteriormente usted tenía solamente Medicare Parte A. Esto es lo que se denomina el

Período de Inscripciones Abiertas de Nuevos Afiliados que Califican para Medicare.

Usted puede vincularse a un plan de Medicare+Choice y luego cambiarse una sola vez (ya sea a otro plan o para regresar al Medicare Original) durante los seis meses siguientes a la fecha en que usted se volvió elegible para vincularse, o hasta diciembre 31 de 2002, lo que ocurra primero.

Ejemplo: La señora Pérez es elegible para vincularse a un plan de salud de Medicare en febrero de 2002 por primera vez. Ella se vincula al plan de salud Alfa en ese momento. Ella tiene plazo hasta julio 31 de 2002 para volver al plan Medicare Original o para vincularse a un plan diferente.

Afiliación

Un beneficiario de Medicare que cumpla con los requisitos de elegibilidad que se describen más abajo puede afiliarse durante los siguientes períodos de elección:

- El Período Anual de Elección (noviembre);
- Un Período de Elección de Cobertura Inicial;
- Cualquiera de los Períodos de Elección Especiales;
- Cualquiera de los Períodos de Inscripciones Abiertas anunciados por el plan.

Nota: No se aceptarán inscripciones una vez que hayamos alcanzado el límite de capacidad aprobado.

Requisitos para ser elegible

Para ser elegible para la cobertura de Humana Gold Plus:

- Usted debe vivir o trabajar en el área definida de servicio del plan. **El área de servicio del plan es el condado Cook en Illinois.**
- Usted debe tener derecho a Medicare Parte A y estar inscrito en Parte B ya sea por edad o por discapacidad.
- En el momento de la solicitud de inscripción usted no debe tener una enfermedad renal en su etapa final, condición pre-existente que prohíbe su inscripción según la ley federal. **Si usted (1) es**

miembro de otro plan de Humana HMO dentro de la misma área de servicio del plan, ó (2) era miembro de un plan de Medicare+Choice que se terminó o se suspendió después de diciembre 31 de 1998, es posible que no se aplique la restricción por enfermedad renal en su etapa final.

Su afiliación no será denegada a causa de su estado de salud si usted cumple con los requisitos de elegibilidad arriba mencionados.

Proceso de afiliación

Los solicitantes elegibles, o aquellos con autoridad legal para tomar decisiones sobre los cuidados de la salud para los solicitantes elegibles, deben diligenciar un formulario de afiliación. La solicitud debe diligenciarse completamente antes de que sea procesada. Para que la solicitud sea considerada como completa, se requerirá el pago de cualquier prima aplicable (incluyendo cualquier pago vencido de primas de una afiliación anterior a uno de los planes de Humana Medicare+Choice que se haya terminado como consecuencia del incumplimiento del pago de la prima).

Las personas encargadas de verificar tratarán de comprobar la exactitud de la información proporcionada en la solicitud de inscripción y el entendimiento que tiene el solicitante del plan de Humana Gold Plus, antes de proceder con la inscripción.

Por favor tenga en cuenta: Si usted ya es miembro de otro plan que tenga un contrato Medicare+Choice con CMS, ésta afiliación terminará automáticamente en la fecha de entrada en vigor de su inscripción en Humana Gold Plus.

Si usted tiene un Suplemento Medicare o un plan Medigap, le sugerimos que continúe pagando estas primas hasta que reciba confirmación de su afiliación a Humana Gold Plus. **Recuerde que si usted decide regresar al plan Medicare Original y a un Suplemento Medicare, es posible que no esté disponible**

la misma cobertura del Suplemento Medicare o que pueda costarle más.

Sin embargo, usted puede ser elegible para cierto tipo de cobertura de Medigap basado en un principio de garantías (por ejemplo sin aseguramiento médico o sin exclusiones por condiciones pre-existentes). Por ejemplo, si Humana Gold Plus, fue el primer plan Medicare+Choice al que se afilió y se desafilia durante sus primeros 12 meses como miembro, o si Humana ya no ofrece un plan Medicare+Choice en el área de servicio de su plan, tendrá 63 días a partir de la fecha de desafiliación para afiliarse a un plan Medigap bajo el principio de garantías.

Usted puede comunicarse con el Departamento de Seguros de su Estado o su Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) para obtener más información sobre la disponibilidad del seguro Medigap dentro de su estado. Ver “Números telefónicos importantes” en la página 1.

Estado laboral

En el momento de su inscripción, se le solicitará que complete una encuesta sobre estado laboral de las personas de edad. Contestar esta encuesta es importante, pero no afectará su elegibilidad o su cobertura en ninguna forma. Los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), la agencia federal que administra Medicare, nos exigen el registro y la verificación periódica del estado laboral de los miembros de nuestros planes y de sus cónyuges. Por favor notifique a nuestro Departamento de Servicio al Cliente, los cambios en su estado laboral y en el de su cónyuge.

Fecha de entrada en vigor/Notificación de la inscripción

En general, todas las solicitudes de inscripción completamente diligenciadas que recibimos, entrarán en vigor el primer día del mes siguiente, sin importar el día en que fueron recibidas.

Los siguientes son algunos ejemplos de excepciones a esta regla general:

Período Inicial de Elección de Cobertura.

En el caso de una inscripción cuando usted obtenga por primera vez el derecho a la Parte A y a la Parte B de Medicare, su inscripción entrará en vigor el primer día del mes en que usted tenga cobertura bajo Medicare Parte A y Parte B.

Período Anual de Elección. Las inscripciones-elecciones que se reciban durante el Período Anual de Elección que tiene lugar en noviembre, entrarán en vigor el primero de enero.

Si tiene preguntas relacionadas con estas excepciones, puede llamar a nuestro Departamento de Servicio al Cliente (Ver “Números telefónicos importantes” en la página 1).

Le enviaremos una carta indicándole cuándo empieza su cobertura. A partir de la fecha de entrada en vigor, toda su atención en salud deberá ser coordinada por su médico de atención primaria de Humana Gold Plus. Las únicas excepciones a esta norma son las emergencias, la atención urgentemente necesitada y los servicios para los cuales usted puede auto-referirse.

Si usted se está transfiriendo desde otro plan Humana Medicare+Choice en su área de servicios del plan, su fecha de entrada en vigor será el primero del mes siguiente al mes en que recibe su formato abreviado de inscripción ya diligenciado. El formato abreviado de inscripción se puede obtener a través de nuestro departamento de Servicio al Cliente (ver “Números Telefónicos Importantes” en la página 1).

Su tarjeta de identificación como miembro

Usted recibirá una tarjeta que lo identifica como miembro de Humana Gold Plus. Esta tarjeta contiene información necesaria para obtener atención médica. Asegúrese de llevarla consigo en todo momento. Si usted pierde su tarjeta de identificación o se traslada a una nueva dirección, por favor llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente. (Ver “Números telefónicos importantes” en la página 1.)

Usted debe presentar su tarjeta de identificación como miembro de Humana Gold Plus cada vez que visite los médicos, los centros médicos o las farmacias participantes en la red. También debe presentarla en cualquier instalación médica utilizada para servicios de emergencia o para atención urgentemente necesitada.

Aunque usted todavía tiene Medicare, ahora está recibiendo sus servicios como miembro de Humana Gold Plus. Usted **no** debe presentar su tarjeta Medicare Original, durante el tiempo que esté inscrito como miembro de Humana Gold Plus. Si a la fecha de entrada en vigor de su plan, no ha recibido su tarjeta de identificación de Humana Gold Plus, por favor utilice su copia del formulario de inscripción diligenciado y el sobre que se le proporciona, como prueba de su afiliación hasta que reciba su tarjeta de identificación.

Evaluación inicial de la salud

CMS (Centros para Servicios de Medicare y Medicaid), la agencia federal que administra Medicare, nos exige llevar a cabo una evaluación inicial de la salud de nuestros miembros. Nos pondremos en contacto con usted dentro de los 90 días siguientes a la fecha de entrada en vigor de su plan, para llevar a cabo esta evaluación inicial de salud. Compartiremos los resultados con su médico de atención primaria para que esté al tanto del estado actual de su salud y de sus necesidades potenciales.

Instrucciones anticipadas sobre el tratamiento

La Ley sobre Auto-Determinación del Paciente nos exige que le demos información sobre las leyes federales y estatales que le permitan aceptar o rechazar un tratamiento, y crear documentos denominados instrucciones anticipadas sobre el tratamiento para dar instrucciones sobre su atención médica futura. Si usted todavía no ha elaborado instrucciones anticipadas sobre el tratamiento, este podría ser un buen momento para considerar la posibilidad de hacer saber sus deseos a través de estos documentos. Asegúrese de discutir sus decisiones con su familia, su

médico y su abogado y, si ya ha elaborado instrucciones anticipadas sobre el Tratamiento, proporcióneles copias también a ellos.

Los tipos específicos de documentos sobre instrucciones anticipadas del tratamiento, que están a su disposición, son determinados por la ley estatal. Para saber cuáles son las instrucciones anticipadas que están disponibles actualmente en su estado, llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente (Ver “Números telefónicos importantes” en la página 1).

Aunque la terminología puede ser diferente según el estado, las dos categorías generales de instrucciones anticipadas reconocidas en muchos estados son: Manifestación de su voluntad en vida y Poder General Permanente para la Atención en Salud.

Voluntad en Vida (a diferencia de un testamento ordinario que explica la forma en que usted desea que se distribuyan sus propiedades cuando muera), la voluntad en vida es un documento que autoriza que se le retengan o se le retiren los procedimientos médicos para la prolongación de la vida en el caso de una lesión o enfermedad incurable o irreversible o de una condición terminal en la que usted sea incapaz de tomar decisiones sobre los cuidados de su salud.

Poder General Permanente relacionado con los servicios de salud es un documento legal que le permite designar a otra persona (comúnmente conocida como su agente) para tomar en nombre suyo las decisiones relacionadas con los cuidados de su salud. Este poder entra en vigor en la fecha especificada en el documento, de conformidad con la ley estatal o según usted lo designe. Usted es quien decide cuál será la persona que nombrará como su agente con Poder General Permanente en relación con los cuidados de su salud, siempre y cuando no sea la persona responsable de proporcionarle servicios de salud. Su agente solamente tendrá autoridad sobre los asuntos que usted especifique en el documento de Poder General Permanente relacionado con los servicios de salud.

La principal diferencia entre estas dos instrucciones anticipadas es que el Poder General Permanente relacionado con los servicios de salud le permite designar a alguien para que en su nombre tome las decisiones relacionadas con los servicios de salud, ya sea que usted padezca o no de una enfermedad terminal. Una manifestación de su voluntad en vida, le permite establecer sus decisiones relacionadas con los procedimientos para la prolongación de la vida en caso de que usted tenga una enfermedad terminal y se vea incapacitado para tomar sus propias decisiones.

Para elaborar un documento sobre Voluntad en Vida, un Poder General Permanente relacionado con los servicios de salud u otro documento reconocido de instrucciones anticipadas, usted necesita un formulario autorizado o conforme con la ley estatal (si se elabora de otra manera, podría cuestionarse la validez del formulario). Usted puede obtener estos formularios para expresar su Voluntad en Vida, para otorgar Poder General Permanente para la Atención en Salud y para otras instrucciones anticipadas, poniéndose en contacto con su abogado, con la sociedad médica local o con la asociación hospitalaria. Puede cambiar cualquiera de estas instrucciones anticipadas en cualquier momento elaborando un nuevo documento y destruyendo el anterior.

Una vez que usted haya creado instrucciones anticipadas, debe informarle a su médico de atención primaria para que pueda mantener una copia en su historial médico. Asegúrese igualmente de informarle a los miembros de su familia o a los amigos cercanos para que conozcan sus deseos, en caso de presentarse la necesidad.

No haremos ninguna discriminación con nuestros miembros por el hecho de que no creen instrucciones anticipadas sobre el tratamiento. En el caso de presentarse diferencias insalvables entre un médico y las instrucciones anticipadas, el médico tratante debe cooperar en la transferencia de la atención de ese paciente a un médico que

pueda poner en práctica las instrucciones anticipadas del paciente.

En caso de que usted dude que su médico o nosotros estemos cumpliendo con sus instrucciones anticipadas, puede presentar una queja. Por favor dirija su queja a:

**Office of Health Care Regulation
Illinois Department of Public Health
525 West Jefferson St., 5th Floor
Springfield, IL 62761**

Desafiliación Voluntaria

Si usted está planeando cambiar permanentemente su domicilio fuera del área de servicio del plan o si bajo ciertas circunstancias elige desafiliarse voluntariamente, usted puede:

- Llene un formato de afiliación abreviado si desea cambiarse a otro plan de Humana M+C en el área de servicio de su plan;
- Diligenciar la solicitud de afiliación a otro plan M+C si desea cambiarse a otro plan de M+C;

o

- Completar los siguientes procedimientos si desea cambiarse al plan Medicare Original:

- Desafiliarse a través de nuestro Departamento de Servicio al Cliente. Su solicitud de desafiliación escrita y firmada, debe presentarse a:

**Attn: Medicare
Enrollment Department
Humana Health Care Plans
P. O. BOX 70329
Louisville, KY 40270-0329**

La fecha de su desafiliación dependerá de cuándo recibamos su solicitud escrita de desafiliación. **Su desafiliación debe contener su firma y la fecha (o la firma de su representante legalmente autorizado) en un formulario de desafiliación, o en una carta escrita por usted en la que solicite su desafiliación, o en la solicitud de otro plan que tenga contrato con los Centros para Servicios de Medicare**

y Medicaid. (Nota: No podemos aceptar solicitudes telefónicas de desafiliación).

- Desafiliarse en su oficina local de Seguro Social.
- Desafiliarse en su Consejo de Trabajadores Ferroviarios Retirados, si usted es beneficiario de una anualidad del ferrocarril.
- Desafiliarse llamando al 1-800-MEDICARE.

Recuerde que usted puede hacer solamente un cambio en la forma de obtener cobertura durante los primeros seis meses del año, entre enero 1 y junio 30.

En general a usted no se le permite cambiar a un plan diferente ni regresar al Medicare Original durante el segundo semestre del año. Usted tendrá la oportunidad de cambiar la forma en que recibirá su cobertura durante el Período Anual de Elección, comprendido entre noviembre 1 y noviembre 30, para que entre en vigor en enero 1.

Usted también puede cambiar la forma en que recibe cobertura por las siguientes razones:

- El plan Humana Gold Plus en el que está inscrito se retira del área de servicio actual del plan.
- Usted se traslada fuera del área actual de servicio de su plan.
- Usted ha cumplido 65 años durante los últimos doce meses.
- Nosotros violamos una disposición importante de nuestro contrato con usted.
- Usted se encuentra en otra situación que CMS considera como una excepción.

En general, todas las solicitudes de desafiliación presentadas por escrito y recibidas por nosotros, entrarán en vigor el primer día del mes siguiente, sin importar el día en que fueron recibidas.

Existen algunas excepciones a esta regla general, entre ellas las siguientes:

Período Anual de Elección. Las solicitudes de desafiliación recibidas entre noviembre 1 y noviembre 30, generalmente entran en vigor en diciembre 1. Sin embargo, como el mes de noviembre es también el Período Anual de Elección, usted puede solicitar que la fecha de entrada en vigor de su desafiliación sea enero 1.

Si tiene preguntas relacionadas con las excepciones, puede llamar a nuestro Departamento de Servicio al Cliente (Ver “Números telefónicos importantes” en la página 1).

Le enviaremos una carta confirmándole la fecha de entrada en vigor de su desafiliación. Usted debe continuar recibiendo de nosotros toda la atención de rutina hasta la fecha de entrada en vigor de su desafiliación.

Usted estará cubierto por Medicare Original después de desafiliarse de Humana Gold Plus, a menos que se haya inscrito en otro plan de Medicare+Choice.

Desafiliación Involuntaria

Su afiliación de Humana Gold Plus podría ser cancelada únicamente bajo las siguientes circunstancias:

- cuando cambia permanentemente de domicilio fuera del área de servicio del plan y no nos notifica. (Un cambio permanente de domicilio incluye una ausencia de más de seis meses consecutivos). Debido a que usted no queda automáticamente desafiliado al trasladarse, queda cubierto solamente para emergencias o servicios urgentemente necesarios.
- cuando cesa la cobertura de Medicare Parte A y/o Medicare Parte B.
- cuando usted deliberadamente comete fraude o permite el mal manejo de su tarjeta de identificación.
- cuando por razones distintas a su condición médica usted es destructivo, desafiante, abusivo o poco cooperativo y su comportamiento impide su tratamiento o el de otros miembros (desafiliación justificada). Para este tipo de desafiliación

debemos recibir la aprobación previa de CMS .

- cuando usted no paga la prima requerida por el plan antes de finalizar los 90 días del período de gracia.
- cuando expira nuestro contrato con CMS o se reduce el área de servicio del plan.

Le notificaremos por escrito la fecha de entrada en vigor de su desafiliación involuntaria, en cuyo momento usted estará cubierto por Medicare Original. También incluiremos una explicación de su derecho a presentar una queja formal para objetar la desafiliación. Usted debe continuar recibiendo de los proveedores de la red todos los servicios médicos cubiertos (excepto la atención de emergencia, la atención urgentemente necesitada y los servicios de diálisis de riñón, cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del proveedor) hasta la fecha de entrada en vigor de su desafiliación.

Usted no puede ser desafiliado a causa de su estado de salud. Si cree que fue desafiliado debido a su estado de salud, debe llamar al 1-800-MEDICARE.

Restablecimiento de la cobertura

Si usted se afilia a otro plan de Medicare+Choice y luego decide que quiere permanecer afiliado a Humana Gold Plus, se restablecerá su cobertura si se comunica con nosotros dentro de los 30 días siguientes a la fecha de la carta en la que le informamos su fecha de desafiliación. Usted puede notificarnos oralmente, pero debe confirmarnos por escrito, dentro de este período de 30 días, su deseo de permanecer inscrito.

CÓMO UTILIZAR SU PLAN

Elección de su médico de atención primaria

Usted selecciona su centro médico o su médico de atención primaria de una lista de proveedores participantes en la red, en el área de servicio de su proveedor. Todos ellos están calificados para el manejo de sus necesidades de atención en salud. **El área de servicio de los proveedores es la de los condados Cook, Kane y Kendall en Illinois y el Condado Lake en Indiana.**

Usted recibirá un directorio de proveedores de Humana Gold Plus en el momento de su afiliación, para ayudarle a seleccionar el médico de su preferencia. Ponemos a su disposición las actualizaciones adicionales. Para obtener las actualizaciones futuras del directorio de proveedores o para conocer más sobre la formación educativa y la capacitación de alguno de nuestros médicos calificados, llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente.

Transferencia del historial médico

Si usted cambia de médico de atención primaria, le sugerimos transferir su historial médico al nuevo médico de atención primaria y solicitar una cita con él tan pronto como sea posible. Si usted necesita ayuda, llame al Departamento de Servicio al Cliente (ver “Números telefónicos importantes” en la página 1). Si usted es un miembro nuevo, su Especialista de Nuevos Miembros podrá ayudarle.

Servicios del médico de atención primaria

Su médico de atención primaria será el médico que:

- le proporciona servicios para el cuidado preventivo de su salud;
- mantiene su historial médico;
- estará al tanto de su estado de salud y de cualquier prescripción(es) que esté tomando;
- puede servir como fuente única y ágil para llamar cuando usted tenga una pregunta o un problema de salud; y

- debe proporcionar, coordinar o autorizar todo el cuidado médico de rutina que usted pueda necesitar mientras es miembro de Humana Gold Plus (esto se denomina la cláusula “inalterable” en su afiliación a HMO).

Para que los servicios sean cubiertos, su médico de atención primaria debe coordinar su atención. La mayoría de nuestros médicos de atención primaria utilizan un enfoque de equipo para proporcionarle atención en salud de calidad. El médico de atención primaria selecciona especialistas de la red con quienes siente que trabajará bien. Para ser referido a un especialista en particular, ese especialista debe estar afiliado con el médico de atención primaria que usted ha seleccionado. Dependiendo del médico que usted elija como su médico de atención primaria, usted puede estar limitado en cuanto a los especialistas que puede consultar. Es posible que solamente pueda consultar con los especialistas que están afiliados con su médico de atención primaria. Solicite a su médico de atención primaria información sobre los especialistas con los que trabaja.

Para consultar con un especialista, usted debe ser referido por su médico de atención primaria. En la mayoría de los casos, su médico de atención primaria lo referirá a uno de los especialistas de su equipo. Si su especialista le recomienda continuar consultándolo para más servicios, verifique primero con su médico de atención primaria para asegurarse de que al ser referido tiene cobertura para cualquier visita adicional al especialista. (Usted puede auto-referirse a algunos profesionales de la salud, como se señala en la sección ‘servicios con auto-referido que aparece más adelante). Y, para ciertos tipos de procedimientos médicos, su médico de atención primaria puede recomendarle que los servicios sean prestados por asistentes médicos, enfermeros/as practicantes y otro individuos autorizados como aliados profesionales de la salud.

Programación de su primera cita con su médico de atención primaria

Le recomendamos enfáticamente programar la primera cita con su médico de atención primaria durante su primer mes de afiliación. Esto le da a su médico de atención primaria la oportunidad de conocerlo personalmente, de conocer su historia médica y sus necesidades de atención en salud.

Si usted tiene alguna dificultad al programar su cita inicial, puede llamar al Especialista de Nuevos Miembros o ponerse en contacto con nuestro Departamento de Servicio al Cliente (ver “Números telefónicos importantes” en la página 1) para obtener ayuda.

Cambio de su Médico de Atención Primaria

La mayoría de nuestros miembros se sienten muy complacidos con su centro médico y su médico de atención primaria. Sin embargo, si usted quiere cambiar su médico de atención primaria, llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente para que puedan ayudarle a elegir un médico que esté aceptando nuevos miembros. Las solicitudes de transferencia recibidas hasta el último día hábil del mes generalmente entrarán en vigor el primer día del mes siguiente.

Para su comodidad, le recomendamos que solicite a su anterior médico de atención primaria que transfiera su historial médico a su nuevo médico de atención primaria.

Hospitalización

Si usted necesita atención médicamente necesaria como paciente interno en el hospital, su médico de atención primaria o su especialista de la red debe llamar al **1-800-523-0023** para autorizar todas las admisiones al hospital que no sean de emergencia o urgentes.

Si usted necesita atención médicamente necesaria en el hospital como paciente interno en una situación de emergencia o de atención urgentemente necesitada, le recomendamos que usted o el médico responsable de proporcionarle atención, llamen a su médico

de atención primaria cuando usted se haya estabilizado, para coordinar los cuidados de seguimiento.

Muchos médicos de atención primaria participan en un programa de hospitalistas. Este programa proporciona un enfoque de equipo para el cuidado del paciente interno en el hospital. Una vez que usted ingresa al hospital, un médico del hospital y un coordinador de cuidados al paciente serán los encargados de coordinar toda la atención que usted necesite.

Servicios de especialista y como paciente externo

Si usted necesita consultar con un especialista o hacer uso de los servicios como paciente externo, su médico de atención primaria lo referirá a un especialista o a otro proveedor de la red que él normalmente utilice. **No todos los médicos de atención primaria lo referirán a todos los especialistas de la red.** Recuerde, si usted recibe atención especializada sin la autorización de su médico de atención primaria, es posible que usted tenga que pagar la factura, a menos que esa especialidad esté disponible como un servicio auto-referido. Las especialidades que se pueden consultar mediante auto-referido se enumeran en el párrafo siguiente y también se indican en su directorio de proveedores.

Nota: En caso de que reciba una factura de un especialista al que usted consultó al ser referido para un servicio cubierto, por favor llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente (Ver “Números telefónicos importantes” en la página 1).

Servicios con auto-referido

La utilización de algunas especialidades puede hacerse mediante auto referido. Por ejemplo, usted puede auto-referirse a profesionales en el cuidado de salud mental. Estos profesionales son proveedores de la red y usted puede contactarlos directamente sin un referido de su médico de atención primaria. Usted también se puede auto-referir a un especialista que esté afiliado con el mismo equipo médico de su médico de atención primaria para cuidados

rutinarios de podiatría, y para cuidados preventivos de la salud de la mujer.

Relación con su médico

Nosotros no prohibimos ni restringimos de otra forma a los médicos de la red, que actuando dentro del marco legal de la práctica, aconsejen o aboguen en su nombre sobre:

- su estado de salud, atención médica u opciones de tratamiento;
- el riesgo, beneficios y consecuencias de un tratamiento o del no-tratamiento; o
- su derecho a rechazar un tratamiento y a expresar sus preferencias sobre las decisiones relacionadas con un tratamiento futuro.

Atención de emergencia

En el caso de una condición médica de emergencia, solicite ayuda al 911, diríjase al centro de urgencias o al hospital participante más cercano. Usted está cubierto para condiciones médicas de emergencia ya sea dentro o fuera del área de servicio del proveedor. Humana Gold Plus ofrece cobertura a nivel mundial, para los servicios de emergencia. Usted no necesita ser referido por su médico de atención primaria ni una autorización nuestra para recibir tratamiento para una condición médica de emergencia. La definición de condición médica de emergencia se encuentra en el glosario.

Es importante notificar a su médico de atención primaria sobre una condición médica de emergencia para que él pueda involucrarse en el manejo del cuidado de su salud, y si es necesario, coordine su transferencia a un hospital de la red cuando su condición sea estable. Por favor comuníquese con su médico de atención primaria llamando al número que aparece en su tarjeta de identificación, dentro de las 48 horas siguientes o tan pronto como sea razonablemente posible.

Si tiene una condición médica de emergencia mientras se encuentra fuera del área de servicio del proveedor, preferimos que usted regrese al área de servicio del proveedor para recibir los cuidados de seguimiento necesarios por parte de su médico de atención primaria.

Sin embargo, los cuidados de seguimiento serán cubiertos fuera del área de servicio del proveedor siempre y cuando los cuidados requeridos se ajusten a los definidos como condición médica de emergencia o de atención urgentemente necesitada.

Si tiene una condición médica de emergencia dentro del área de servicio del proveedor, usted **debe** recibir cualquier cuidado de seguimiento necesario a través de su médico de atención primaria.

Cuidados posteriores a la estabilización

También daremos cobertura para los servicios médicamente necesarios y para los servicios que no sean de emergencia que se requieran para garantizar que usted permanece estable desde el momento en que un proveedor no participante en la red nos solicita autorización hasta que: 1) usted sea dado de alta; 2) un proveedor participante asuma la responsabilidad de su cuidado; o 3) lleguemos a un acuerdo con el proveedor no participante sobre un plan de tratamiento diferente.

Atención urgente

Usted tiene cobertura para atención urgentemente necesitada, en cualquier parte del mundo. El glosario contiene la definición de atención urgentemente necesitada.

Si usted necesita cuidados o consejo médico de manera inmediata, por favor llame a su médico de atención primaria, ya sea que usted esté dentro o fuera del área de servicio de su proveedor, y ya sea durante o después de las horas de consulta de su médico de atención primaria. Si usted está fuera del área de servicio de su proveedor y requiere atención urgentemente necesitada, su médico de atención primaria puede referirlo a un proveedor no participante en la red.

Si usted no puede contactar a su médico de atención primaria antes de utilizar un proveedor no participante en la red para atención urgentemente necesitada cuando se encuentra fuera del área de servicio del proveedor, debe contactar a su médico de atención primaria

dentro de las 48 horas siguientes o tan pronto como sea razonablemente posible, para que él pueda involucrarse en el manejo de su cuidado. Aunque preferimos que usted regrese al área de servicio del proveedor y reciba los cuidados de seguimiento necesarios a través de su médico de atención primaria, los cuidados de seguimiento serán cubiertos fuera del área de servicio del proveedor cuando los cuidados requeridos continúen cumpliendo con la definición de atención urgentemente necesitada.

Autorización previa/Cláusula inalterable:
Si usted recibe atención médica como paciente interno o externo sin ser referido por su médico de atención primaria ni autorizado por nosotros, ni Medicare ni Humana Gold Plus pagarán la atención médica.

LAS ÚNICAS EXCEPCIONES A ESTA NORMA SON: LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS, LA ATENCIÓN URGENTEMENTE NECESITADA, LOS SERVICIOS DE DIÁLISIS DE RIÑÓN CUANDO SE ENCUENTRE TEMPORALMENTE FUERA DEL ÁREA DE SERVICIO DEL PROVEEDOR, O LOS SERVICIOS PARA LOS CUALES EL PLAN AUTORIZA AUTO-REFERIDO.

ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Enfermero/a personal de HumanaHealth

Para los miembros que necesitan el soporte continuo de un/a enfermero/a, Humana dispone del servicio de enfermero/a personal. El/la enfermero/a personal trabaja persona a persona con nuestros miembros que estén gravemente enfermos (o que puedan llegar a estar gravemente enfermos) creando relaciones a largo plazo y haciendo que ellos entiendan y empleen con mayor facilidad el sistema de servicios de salud. El/la Enfermero/a Personal puede referir los miembros a los programas de manejo de enfermedades de HumanaHealth, a los recursos de farmacia, a los servicios de trasplante, a las herramientas de Internet, al Departamento de Servicio al Cliente, a los proveedores y a los recursos de la comunidad. Los/as Enfermeros/as Personales no reemplazan a los médicos de los miembros – ellas apoyan los planes de tratamiento de los médicos. El uso del servicio de Enfermero/a Personal es opcional para los miembros.

Confidencialidad y divulgación de la información

La información de su historial médico y la que recibimos de médicos y hospitales se mantendrá confidencial de acuerdo con las leyes federales y estatales. Dicha información no se divulgará sin su consentimiento escrito, excepto cuando sea necesario para el manejo de su cobertura, para determinar su elegibilidad para alguno de nuestros programas de manejo de enfermedades, y para cumplir con los requerimientos estatales y federales (incluyendo los programas de revisión con el propósito de lograr una atención médica que sea de calidad y efectiva con relación al costo).

Nota: Con el fin de garantizar que usted reciba servicios médicos de calidad, el gobierno federal ha establecido un programa de revisión médica para los beneficiarios de Medicare. Esto significa que sus registros médicos están sujetos a revisión por parte de un médico distinto a su médico de atención primaria, con

el fin de evaluar la calidad de los servicios médicos que se le proporcionan. Por lo tanto, como beneficiario de Medicare, usted puede estar seguro que recibirá servicios médicos de calidad y que dispondrá de los recursos de salud cuando los necesite.

El programa es administrado por Illinois Foundation for Quality Health Care, la Peer Review Organization (PRO) de su estado, la cual es una organización compuesta por médicos miembros, privada y sin ánimo de lucro.

Gestión de la calidad

Hemos desarrollado programas para el mejoramiento de la calidad, para ayudarles a usted y a su médico a mantenerle en buena salud. Nuestro programa está diseñado para combinar la fortaleza de nuestro compendio de datos y análisis a nivel nacional, con la prestación local – e incluso individualizada de servicios.

Nuestros programas de mejoramiento de la calidad incluyen diversas iniciativas con un objetivo común: el mejoramiento de la calidad del servicio que nuestros miembros reciben. Esto se logra a través de tres procedimientos:

- 1) Identificamos las condiciones frecuentes, crónicas o de alto riesgo que son comunes a nuestra población de miembros y nos enfocamos en su mejoramiento. El mejoramiento se lleva a cabo a través de programas de educación para los médicos y para los miembros.
- 2) Nos centramos en el cuidado preventivo tratando de reducir los efectos o eliminando las causas de ciertas condiciones médicas, a través de programas de buenos cuidados y de estilos de vida saludables. Uno de nuestros programas de cuidados preventivos incluye la notificación a los miembros para que se vacunen contra la influenza antes de que empiece la estación de gripe y la influenza. También

contactamos a los miembros que están en mayor riesgo de contraer influenza o neumonía y les informamos sobre la importancia de vacunarse para prevenir estas enfermedades.

- 3) Nos enfocamos en los aspectos de servicio al cliente con el fin de eliminar los obstáculos para lograr y mejorar la efectividad administrativa.

Cada año evaluamos y actualizamos nuestros programas de mejoramiento de la calidad. Si desea obtener más información en relación con nuestros programas para el mejoramiento de la calidad, por favor llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al teléfono que aparece en los “Números telefónicos importantes” en la página 1.

Programa para el Manejo de Enfermedades

Nos esforzamos para desarrollar nuevas y efectivas formas para el tratamiento de ciertas condiciones crónicas estableciendo un conjunto de pautas de tratamiento, que según nuestro criterio han demostrado ser efectivas en el manejo de estas condiciones. Compartimos con usted y con su médico estas pautas de práctica médica para que podamos trabajar conjuntamente en el mejoramiento de su salud. Si usted tiene una condición crónica, queremos ayudarle a frenar el progreso de su condición, evitar complicaciones y mejorar la calidad de su vida. Tenemos programas específicos para muchas condiciones diferentes y continuamente estamos agregando más.

Avances Tecnológicos

Constantemente se desarrollan nuevos tratamientos médicos, procedimientos, dispositivos, medicamentos y tecnologías. Algunas veces estos tratamientos funcionan muy bien, pero otras veces resultan ineficaces o tienen efectos secundarios indeseables. El programa de Evaluación Tecnológica de Humana mantiene un seguimiento de nuevas investigaciones médicas sobre tratamientos prometedores.

Pautas para el manejo de su salud

A continuación le sugerimos algunas pautas que le ayudarán en el manejo de su salud:

- **Seguridad y prevención de lesiones**
 - Utilice siempre su cinturón de seguridad cuando esté en un automóvil;
 - Utilice siempre un casco cuando vaya en una bicicleta, una motocicleta o un vehículo todo terreno;
 - Asegúrese de tener en su casa un detector de humo en buen estado de funcionamiento;
 - Ponga en práctica las medidas de seguridad con armas de fuego;
 - Evite fumar cerca de la cama o de elementos tapizados.
- **Uso de sustancias**
 - Evite fumar;
 - Evite el exceso de alcohol;
 - Evite el alcohol durante el embarazo y cuando esté conduciendo un vehículo.
- **Dieta y ejercicio**
 - Limite la grasa y el colesterol;
 - Mantenga un consumo de calorías balanceado;
 - Consuma frutas, legumbres y granos;
 - Mantenga actividad física regular;
 - Si es mujer, asegúrese de ingerir la cantidad adecuada de calcio.
- **Prácticas sexuales**
 - Evite conductas sexuales de alto riesgo y exponerse a enfermedades de transmisión sexual (por ejemplo, a través de la abstinencia, la selección de compañero, el uso de condones).
- **Cuidados dentales**
 - Use diariamente la seda dental y cepílese los dientes, con una pasta dental que contenga fluoruro;
 - Hágase revisiones dentales regularmente.

CÓMO TRATAR LOS ASPECTOS RELACIONADOS CON LA CALIDAD Y LA COBERTURA

Si usted tiene alguna inquietud sobre su plan de salud, la calidad de su atención o la cobertura de ciertos servicios, puede seguir un proceso establecido para resolver su inquietud. A continuación presentamos una descripción de cada proceso.

Cómo reportar los aspectos relacionados con la calidad

Proceso de quejas

Si tiene una queja sobre la forma en que se está manejando su plan o sobre la calidad de la atención recibida, por favor llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente. La mayoría de los problemas pueden resolverse de esa manera. Si su queja no puede resolverse durante la conversación telefónica, le daremos una solución en un término de 30 días calendario.

Si su queja no se resolvió con una llamada telefónica (y no tiene que ver con una reclamación o un servicio cubierto que se haya denegado), usted puede presentar una queja formal por escrito. Si su problema sí tiene que ver con una reclamación o un servicio cubierto denegado, siga las instrucciones que aparecen en “Cómo apelar las decisiones iniciales sobre cobertura”.

Proceso de quejas formales

Usted puede presentar una queja formal si no se siente satisfecho con:

- la calidad de la atención que usted recibe.
- su desafiliación por parte nuestra.
- los procedimientos administrativos.
- la negación de cualquier servicio/reclamación que no puede ser apelada a través del proceso de apelaciones.

El plazo para la presentación de las quejas formales es un año a partir del momento en que ocurrió el hecho motivo de la queja.

Dirija su queja formal al administrador de quejas formales a la siguiente dirección:

**Attn: Grievance Manager
Humana Health Plan, Inc.
30 South Wacker, Suite 3100
Chicago, IL 60606**

Todas las quejas formales deben incluir la siguiente información:

- su nombre, dirección y número de identificación como miembro.
- un resumen de la queja formal, cualquier contacto anterior con nosotros y una descripción del desagravio que usted solicita.
- su firma o la de un representante autorizado.
- la fecha en la que se firma la queja formal.

Para su comodidad, se incluirán formularios para quejas formales como parte de su paquete de orientación a nuevos miembros. Usted puede obtener formularios adicionales a través del Departamento de Servicio al Cliente.

Acusaremos recibo de su queja dentro de los cinco días hábiles siguientes, y la investigación estará a cargo del administrador de quejas formales, quien le notificará por escrito nuestra conclusión dentro de los 30 días calendario siguientes a la fecha de recibo de su queja formal.

Cómo solicitar una autorización para servicios médicos

Proceso estándar de decisiones

Una determinación inicial es nuestra primera decisión en relación con su solicitud de cobertura de un servicio o de pago de una reclamación. Para todas las determinaciones

iniciales que resulten en la negación de una cobertura o de un pago, usted recibirá una notificación escrita en la que se incluye información sobre todos los derechos al proceso de apelación. **Se requiere una notificación escrita para todas las denegaciones.**

Si se requiere una autorización previa antes de cubrir un servicio médico, su médico o usted deben llamar al teléfono 1-800-523-0023. Las determinaciones sobre servicios cubiertos médicamente apropiados, se toman tan rápidamente como su condición de salud lo requiera, pero no deben exceder 14 días calendario. Sin embargo, en algunos casos usted o el plan de salud pueden solicitar una prórroga de 14 días calendario, para suministrar cualquier información adicional que pueda ayudar para la aprobación de su solicitud.

Si usted solicita el pago de servicios que ya recibió, generalmente tomaremos una decisión sobre el pago de su reclamación, dentro de los 30 días calendario siguientes a la fecha de recibido de su solicitud pero en ningún caso este tiempo excederá los 60 días.

Proceso acelerado de decisiones

Cuando su salud o su capacidad funcional puedan llegar a verse afectadas seriamente por el hecho de tener que esperar 14 días calendario para el proceso estándar de decisiones, usted tiene derecho a solicitar que se tome una decisión en un plazo de 72 horas. Nosotros decidiremos si su solicitud necesita que se tome una decisión rápida de 72 horas. De lo contrario, su solicitud será procesada en 14 días calendario. Si cualquier médico nos solicita que le demos una decisión rápida, nosotros debemos tomar la decisión en 72 horas.

En su solicitud, usted debe expresar específicamente “Deseo: una decisión acelerada, una decisión rápida o una decisión de 72 horas”, o “Yo creo que mi salud podría llegar a verse seriamente afectada por el hecho de tener que esperar los 14 días del proceso estándar de decisiones”.

Usted puede hacer su solicitud oralmente, llamando al teléfono 1-888-259-6767 o al (TDD# 1-800-877-8973 si tiene impedimentos auditivos o del habla). Nosotros documentaremos por escrito la solicitud oral.

Usted puede entregar personalmente o enviar por correo su solicitud a: (NOTA: Si usted envía su solicitud por correo, el plazo de 72 horas para la revisión no empezará a contar hasta que su solicitud sea recibida.)

**Humana Health Plan, Inc.
30 South Wacker, Suite 3100
Chicago, IL 60606**

Usted puede enviar su solicitud por fax al 1-312-627-8574. Si usted está en un hospital o en un hogar de convalecientes, puede solicitar ayuda para que su solicitud escrita nos sea transmitida por fax.

Se permite una prórroga hasta de 14 días calendario para una decisión rápida de 72 horas, cuando esa prórroga es para su beneficio. Por ejemplo, si usted necesita tiempo para proporcionarnos información adicional o si nosotros necesitamos que se hagan exámenes de diagnóstico adicionales. Nosotros tomaremos una decisión sobre su solicitud de servicio y se la notificaremos a usted o a su médico, según corresponda, dentro de un máximo de 72 horas a partir del recibo de su solicitud.

Si denegamos su solicitud de decisión rápida de 72 horas, usted tiene derecho a presentar una queja formal. Consulte el proceso de quejas formales en la página 19.

Cómo apelar las decisiones iniciales sobre cobertura

Usted tiene derecho a apelar nuestra decisión si cree que nosotros:

- estamos suspendiendo la cobertura de la atención que usted todavía necesita.
- no autorizaremos cobertura de la atención que debemos cubrir.
- no hemos pagado una cuenta que debemos pagar.

- no hemos pagado totalmente una cuenta que debimos haber pagado.
- estamos retardando el acuerdo contractual con un proveedor o la aprobación de un servicio de salud, y el retraso está afectando su salud.

Si usted quiere apelar, debe emplear el proceso de apelación adecuado entre los que se describen a continuación:

Proceso estándar de apelaciones (30-días)

Si usted quiere presentar una apelación estándar, la cual será procesada en 30 días calendario, debe seguir el procedimiento descrito a continuación:

Dentro de los 60 días calendario siguientes a la fecha en que usted recibió nuestra notificación de denegación, presente su apelación por escrito, por correo, o personalmente, a la siguiente dirección, o por fax al número 1-312-627-8574.*

**Attn: Appeals Manager
Humana Health Plan, Inc.
30 South Wacker, Suite 3100
Chicago, IL 60606**

*También puede presentar su solicitud ante la Administración local del Seguro Social, o, si usted es beneficiario de una anualidad del ferrocarril, ante el Consejo de Trabajadores Ferroviarios Retirados. Aunque usted puede presentar su solicitud a la Administración del Seguro Social o al Consejo de Trabajadores Ferroviarios Retirados, ellos nos transmitirán su solicitud para procesarla.

Nosotros normalmente tomaremos una decisión sobre su apelación y se la notificaremos dentro de los 30 días calendario siguientes a la fecha de recibo de su solicitud. Se permite una prórroga hasta de 14 días calendario para una apelación estándar si el tiempo de prórroga es para su beneficio.

Las decisiones sobre apelaciones relacionadas con el pago de reclamaciones rechazadas, podrían requerir hasta 30 días calendario adicionales.

Si nuestra decisión sobre una solicitud de servicio es completamente a su favor, le proporcionaremos o le autorizaremos el servicio solicitado tan rápidamente como lo requiera su salud, pero a más tardar 30 días calendario a partir de la fecha de recibo de su solicitud de reconsideración (o a más tardar a la fecha de expiración de una prórroga). Si decidimos completamente a su favor una solicitud de pago, haremos el pago solicitado dentro de los 60 días siguientes a la fecha de recibo de su solicitud de reconsideración.

Sin embargo, si nuestra decisión no es completamente a su favor, automáticamente enviaremos su solicitud de apelación al contratista de los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid, Maximus Center for Health Dispute Resolution (Centro Máximo para la Resolución de Disputas de Salud) (Maximus CHDR) para una revisión independiente. Maximus CHDR le enviará una carta informándole la decisión tomada. Si la decisión de Maximus CHDR anula nuestra determinación, a partir de la fecha de recibo de la notificación, nosotros:

- Autorizaremos el servicio dentro de las siguientes 72 horas; o
- Proporcionaremos el servicio tan rápidamente como su condición de salud lo requiera, pero dentro de los siguientes 14 días calendario; o
- Pagaremos el servicio dentro de los siguientes 30 días calendario.

Si Maximus CHDR no falla completamente a su favor, existen los siguientes niveles de apelación:

- Si la controversia es de por lo menos \$100, usted puede solicitar una audiencia ante un juez de la ley administrativa (ALJ por sus siglas en inglés) mediante una solicitud escrita a nosotros o a Maximus CHDR, o a la Administración del Seguro Social, dentro de los 60 días siguientes a la fecha del fallo de Maximus CHDR. Esta notificación de 60 días puede extenderse por una buena razón. Todas las solicitudes de audiencia ante el Juez de Ley Administrativa serán reenviadas a Maximus CHDR. Maximus

CHDR reenviará luego su solicitud de audiencia ante el ALJ y su expediente de reconsideración a la oficina de audiencias de ALJ. Nosotros también tendremos parte en la apelación a nivel del ALJ.

- Si usted o nosotros estamos en desacuerdo con la decisión del ALJ, cualquiera de los dos puede solicitar una revisión por parte del Departmental Appeals Board (DAB) (Consejo Departamental de Apelaciones), el cual puede revisar la decisión o negarse a la revisión.
- Si la suma implicada es de \$1,000 o más, tanto usted como nosotros podemos solicitar una revisión judicial si el Consejo Departamental de Apelaciones ha tomado una decisión, o si el CDA ha rechazado la revisión de la decisión del ALJ.
- Cualquier decisión, inicial o reconsiderada que tomemos nosotros, Maximus CHDR, el ALJ, o el CDA, puede ser reabierto por cualquiera de las partes (1) en los siguientes doce meses, (2) dentro de los siguientes cuatro años por justa causa, o (3) en cualquier momento con el propósito de corregir un error o en casos de fraude.

A no ser que se reabra, la determinación reconsiderada es definitiva y obligatoria para nosotros. Si su disputa implica una determinación de un beneficio, no podemos ofrecerle ningún proceso de resolución de disputas, excepto el proceso requerido por la ley.

Proceso acelerado de apelaciones (72-horas)

(Nota: Este proceso está disponible para apelar negaciones de cobertura, la cesación o terminación de la cobertura o una reducción en el nivel de atención cubierto por el plan.)

Si usted desea presentar una apelación acelerada porque considera que su salud o su capacidad funcional puedan llegar a verse seriamente afectadas por el hecho de tener que esperar hasta 30 días calendario por una respuesta a una apelación estándar,

usted debe seguir los procedimientos que se describen a continuación:

Dentro de los 60 días calendario siguientes a la fecha de notificación de la negación que usted recibe de nosotros, usted puede presentar una queja oral o escrita para una apelación de 72-horas. Usted debe declarar específicamente “Yo deseo una: apelación acelerada, una apelación rápida o una apelación de 72 horas”, o “Yo creo que mi salud podría llegar a verse seriamente afectada por el hecho de tener que esperar hasta 30 días calendario para una apelación estándar”.

Inmediatamente nosotros acusaremos recibo de las solicitudes para apelaciones aceleradas o rápidas recibidas de manera oral, y le enviaremos una confirmación escrita dentro de los siguientes tres días calendario.

Nosotros determinaremos si la apelación de 72 horas o rápida es la adecuada. De lo contrario, su solicitud será procesada en 30 días calendario. Si cualquier médico nos solicita darle una apelación rápida, o sustenta su solicitud de apelación rápida, le daremos una decisión en 72 horas.

Usted puede presentar su solicitud oralmente, llamando a nuestra línea directa de apelaciones aceleradas al teléfono 1-888-259-6767 (TDD# 1-800-877-8973 si tiene impedimentos auditivos o del habla). Nosotros documentaremos por escrito la solicitud oral.

Usted puede entregar personalmente su solicitud a la siguiente dirección:

(Nota: Si envía su solicitud por correo, el período de 72 horas de revisión no empezará hasta que su solicitud sea recibida.)

**Attn: Appeals Manager
Humana Health Plan, Inc.
30 South Wacker, Suite 3100
Chicago, IL 60606**

Usted puede enviar su solicitud por fax al 1-312-627-8574. Si usted está en un hospital o en un hogar de convalecientes, puede

solicitar ayuda para que nos envíen por fax su apelación escrita.

Para una apelación rápida de 72 horas se permite una prórroga hasta de 14 días calendario, si la prórroga es para su beneficio. Por ejemplo, si usted necesita tiempo para proporcionarnos información adicional o si nosotros necesitamos que se hagan exámenes de diagnóstico adicionales.

Nosotros tomaremos una decisión sobre su apelación y se la notificaremos a usted, dentro de las 72 horas siguientes al recibo de su solicitud. Sin embargo, si nuestra decisión no es completamente a su favor, automáticamente enviaremos su solicitud de apelación al contratista de los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid, (Maximus Center for Health Dispute Resolution, Maximus CHDR) (Centro Máximo para la Resolución de Disputas de Salud) para una revisión independiente. Maximus CHDR le enviará a usted una carta con la decisión adoptada, dentro de los 10 días hábiles siguientes a la fecha en que nosotros recibamos su caso.

La siguiente información se aplica a los procesos de apelación de 30 días y a los de 72 horas.

Soporte de sus apelaciones

Usted no tiene que presentar información adicional para sustentar su solicitud de cobertura de un servicio o de pago de una reclamación. Nosotros somos los responsables de reunir toda la información médica necesaria. Sin embargo, podría ser de ayuda si usted incluye información adicional para aclarar o sustentar su posición. Por ejemplo, es posible que usted quiera incluir en su solicitud de apelación, información tal como historiales médicos u opiniones de médicos, que sirvan de soporte a su apelación.

Para obtener el historial médico, envíe una solicitud escrita a su médico de atención primaria. Si en el historial médico de su médico de atención primaria no se incluye el historial médico de médicos especialistas, es posible que usted deba presentar una solicitud

escrita por separado al (los) médico(s) especialista(s) que le proporcionaron los servicios médicos. Si va a hacer uso del proceso de apelación de 72 horas, podría solicitar que su médico nos envíe por fax la información adicional al 1-312-627-8574. Nosotros le daremos una oportunidad para presentar información adicional ya sea en persona o por escrito.

¿Quién puede presentar una apelación?

- Usted puede presentar una apelación.
- Si usted desea que alguien presente una apelación en su nombre, por favor:
 - Proporcione su nombre, su número de identificación Medicare y una declaración en la que designe a una persona para que sea su representante. **Nota:** Usted puede designar a cualquier persona como su representante. Por ejemplo, "Yo (su nombre) designo a (nombre del representante) para que actúe como mi representante en la solicitud de una apelación al Plan Humana Health, Inc. y/o a los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid con respecto a la negación de cobertura o de pago por parte de Humana"; y debe incluir la
 - Firma y fecha de la declaración, y
 - Haga que su representante firme y feche esta declaración a no ser que él/ella sea un abogado, e
 - Incluya esta declaración firmada con su apelación.
- Los proveedores no participantes en la red pueden presentar una apelación estándar por una reclamación denegada, si diligencian una renuncia de responsabilidad que diga que no le cobrarán a usted sin importar el resultado de la apelación.
- Un guardián designado por la corte o un agente bajo un poder de servicios de salud con el alcance previsto por la ley estatal.
- Cualquier médico puede presentar en su nombre una apelación acelerada.

Ayuda con su apelación

Si usted decide apelar y desea obtener ayuda con su apelación, su médico, un amigo, un abogado, o alguien más puede ayudarle.

Existen diversos grupos que pueden ayudarle. Usted puede llamar al 'Area Agency on Aging' (agencia que presta ayuda a personas de la tercera edad), al 1-800-252-8966; o puede llamar al 'Insurance, Counseling, and Assistance Program' (programa de asistencia y asesoría en seguros) al 1-800-548-9034; o al Medicare Rights Center (centro para los derechos relacionados con Medicare), a la línea gratuita 1-888-466-9050.

Proceso de decisión

Todas las apelaciones relacionadas con la negación de cobertura de servicios médicos por "falta de necesidad médica", las revisará un médico con conocimientos en el área de la medicina apropiada para el servicio en cuestión.

Retaliación

No habrá retaliaciones en su contra por haber presentado una queja contra nosotros o por haber apelado una decisión. Tampoco habrá retaliaciones contra un médico o un proveedor de la red, que en su nombre haya presentado razonablemente, una queja en contra nuestra o que haya apelado una decisión.

¿Qué hacer si está en desacuerdo cuando se le dé de alta del hospital?

Revisión inmediata por parte de la 'Peer Review Organization (PRO)' de las decisiones sobre la orden de salida del hospital.

Usted tiene derecho a obtener la atención hospitalaria necesaria para el diagnóstico y el tratamiento adecuados de su enfermedad o lesión. De acuerdo con la ley Federal, la fecha en que usted sea dado de alta debe ser determinada únicamente de acuerdo a sus necesidades médicas. Cuando se le dé de alta del hospital, usted recibirá una notificación escrita de explicación denominada "Mensaje importante de Medicare". Este documento describe sus derechos, y usted lo recibirá aunque no esté en desacuerdo con la determinación de no-cobertura.

Usted tiene derecho a solicitarle a la Peer Review Organization (PRO) una revisión de la

notificación de que ha sido dado de alta. Esta solicitud debe hacerse antes del medio día del primer día laboral después de que usted reciba la notificación. A usted no se le puede obligar a pagar por la atención del hospital o por los servicios recibidos, antes de que PRO tome la decisión y se la notifique.

Los PRO son grupos de profesionales de servicios de salud, pagados por el Gobierno Federal, para revisar la necesidad médica, idoneidad y calidad del tratamiento médico hospitalario que se le suministra a todos los pacientes afiliados a Medicare, incluyendo los que están inscritos en planes de cuidados administrados, tales como Humana Gold Plus. Si usted tiene algo que argumentar sobre la calidad de la atención que recibió durante su hospitalización, también puede presentar una queja ante el PRO de su área.

El número de teléfono y la dirección del PRO de su área es:

**Illinois Foundation for Quality
Health Care
6000 Westown Parkway, Suite 350E
West Des Moines, IA 50266-7771
1-800-647-8089**

Usted debe revisar su "Mensaje importante de Medicare" para verificar la dirección y el número de teléfono del PRO responsable del hospital del que usted es paciente.

Si usted solicita una revisión inmediata al PRO, al medio día del día laboral siguiente al que usted fue dado de alta, tendrá derecho a este proceso en lugar del proceso estándar de apelación que se describe en esta sección. También estará protegido contra la responsabilidad por los servicios hospitalarios que usted recibió antes de que el PRO tome una decisión. En lugar de la revisión por parte de PRO usted puede apelar la notificación donde se le da de alta dentro de los siguientes 60 días, solicitando que Humana Health Plan, Inc. reconsidere la decisión. La ventaja de la revisión de PRO es que usted obtiene los resultados dentro de los tres días laborales siguientes si solicita oportunamente la revisión.

Igualmente, usted tampoco es financieramente responsable de los cargos del hospital en los que incurra durante el proceso de revisión del PRO. Esta misma protección no se aplica en el caso del proceso de reconsideración por parte de Humana Health Plan, Inc.

Nota: Usted puede presentar una solicitud oral o escrita para una apelación acelerada de 72 horas, solamente si se le pasó la fecha límite para solicitar la revisión de PRO. Si usted no solicita la revisión de PRO, y solicita una reconsideración acelerada de la determinación, será responsable del pago de los costos hospitalarios en que incurra desde la fecha en que se expida la notificación donde se le da de alta, si a través del proceso de apelación se mantiene la determinación inicial de darle de alta. Exprese claramente que se ha pasado la fecha límite para la revisión inmediata de PRO, y que desea una apelación acelerada (o de 72 horas) y que usted considera que su salud podría verse afectada seriamente por el hecho de tener que esperar un proceso de apelación estándar.

Puede solicitar una apelación rápida llamando o enviando un fax al plan a la siguiente dirección:

**Attn: Appeals Manager
Humana Health Plan, Inc.
30 South Wacker, Suite 3100
Chicago, IL 60606
1-888-259-6767
Fax # 1-312-627-8574**

**Proceso de quejas ante la Peer
Review Organization, sobre la calidad
de la atención**

Si usted tiene algo que argumentar acerca de la calidad de la atención que recibió, también puede presentar una queja ante el PRO de su área mencionado anteriormente.

INFORMACIÓN FINANCIERA

Responsabilidades financieras

- Los pagos de sus primas siempre vencen el primer día del mes. Usted puede optar por recibir una libreta de cupones para el pago de su prima mensual,* o pagar sus primas mediante débito automático de su cuenta bancaria.

Si usted paga sus primas mediante débito automático, el pago de la prima de su plan será deducido automáticamente cada mes de su cuenta corriente o de su cuenta de ahorros. Usted nunca tendrá que preocuparse por elaborar un cheque o por enviar tarde la prima por correo.

Si usted paga con el cupón, puede elegir si paga más de una prima mensual al tiempo, enviando todos los cupones que quiera pagar.

Por favor escriba el número de su cuenta en su cheque personal o en su giro postal. (Consulte el cupón donde aparece el número de su cuenta). Si el pago se hace por **dos miembros** escriba **los dos números de cuenta** en el cheque personal o en el giro postal, al igual que el monto que va a pagar por cada uno de ellos, para evitar retrasos en el procesamiento. Si otra persona le paga la prima mensual, asegúrese de que escriba su nombre, número de cuenta y número de identificación en el cheque. Incluya siempre el cupón con su pago.

Si tiene preguntas, o le gustaría cambiar el método de pago, por favor llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente (ver los “Números telefónicos importantes” en la página 1).

***Nota:** Usted también tiene la opción de pagar su prima mensual con tarjeta de crédito, llamando al Departamento de Servicio al Cliente.

- El incumplimiento en el pago de su prima mensual del plan antes del final del período de gracia de 90 días ocasionará su desafiliación del plan y su regreso a Original Medicare. Usted recibirá la correspondiente notificación antes de su desafiliación.

El hecho de no pagar su prima mensual del plan dentro del período de gracia no invalida su derecho a presentar una queja formal.

Recuerde, la falta de pago de sus primas no lo regresa automáticamente a su plan Medicare Original y no causa desafiliación automática. Hasta que sea notificado usted continúa siendo miembro de Humana Gold Plus, a menos que usted personalmente inicie una acción para desafiliarse.

- Si usted está adquiriendo actualmente la cobertura de la Parte A, a través de la Administración del Seguro Social, debe continuar pagando la prima de su Parte A para seguir siendo elegible a la afiliación a Humana Gold Plus.
- Usted debe continuar pagando la prima de su Parte B a Medicare para seguir siendo elegible a la afiliación a Humana Gold Plus.
- Su responsabilidad financiera también incluye el pago de las cuotas o del coaseguro directamente al médico o a otro proveedor por concepto de los servicios recibidos.

Cambios en las responsabilidades financieras

Nos reservamos el derecho a cambiar las tarifas mensuales de las primas, los beneficios o cuotas del plan, con la autorización previa de las autoridades federales y estatales correspondientes. Usted será notificado previamente a dicho cambio. Sin embargo, los incrementos en las primas y/o disminuciones en el nivel de cobertura, están permitidas solamente al inicio de cada año calendario.

Coordinación de los beneficios

Generalmente Humana es el pagador principal de sus servicios cubiertos. Sin embargo, existen casos en los que Humana no es el pagador principal y los beneficios se coordinan con los demás pagadores del seguro de salud. Estos son los servicios cubiertos por: 1) seguro de compensación por accidentes de trabajo, 2) seguro de responsabilidad civil de automóviles; y 3) planes de grupo para empleadores. Nos pondremos en contacto con usted para obtener más información, si es necesario.

Si usted tiene cobertura bajo otro plan de Humana, la coordinación de los beneficios se hará entre los dos planes de Humana. Para obtener información adicional, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente. (Ver “Números telefónicos importantes” en la página 1.)

Pago de reclamaciones

Cuando los servicios de emergencia o los cuidados urgentemente necesarios son prestados por médicos e instituciones no participantes en nuestra red, Humana Gold Plus le pagará directamente a dichos proveedores (o a usted, si ha pagado por el servicio). Sin embargo, los pagos se harán únicamente por los servicios a los cuales usted tiene derecho bajo los términos de su inscripción en Humana Gold Plus.

En el caso de que no hagamos el reembolso a un proveedor de la red por los servicios cubiertos, o en caso de que no le paguemos a un proveedor de la red por los servicios previamente autorizados, usted no será responsable de ninguna suma adeudada por nosotros.

Si usted hizo el pago de cualquier servicio de emergencia o de servicios urgentemente necesarios obtenidos de proveedores fuera de nuestra red, debe presentarnos sus cuentas para la determinación del pago. (Al presentar su cuenta, por favor explique las circunstancias de la situación). La cuenta debe presentarse en la siguiente dirección:

Humana Claims Office

P.O. Box 14601

Lexington, Kentucky 40512-4601

Si tiene preguntas sobre las facturas, llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente. Por favor tenga en cuenta que debe presentar sus facturas tan pronto como sea posible dentro de las siguientes fechas.

Servicios recibidos entre:	Fecha límite para la reclamación:
oct. 1, '99 y sept. 30, '00	dic. 31, '01
oct. 1, '00 y sept. 30, '01	dic. 31, '02
oct. 1, '01 y sept. 30, '02	dic. 31, '03

Derecho de indemnización

• Subrogación

Si nosotros efectuamos cualquier pago por servicios cubiertos, tenemos el derecho sobre cualquier derecho de indemnización que usted tenga contra cualquier persona u organización que pueda ser responsable ante usted por su lesión o condición. Usted debe pagarnos los montos recuperados a través de un juicio, una conciliación, o de otra manera, de cualquier tercero responsable o de su asegurador, hasta el monto de los beneficios proporcionados o pagados durante su inscripción en Humana Gold Plus por la lesión o condición causada por el tercero.

• Reembolsos

En caso de que nosotros efectuemos cualquier pago de servicios cubiertos por una suma que exceda el beneficio máximo disponible para dichos servicios, o en todos los casos en que por error se haya hecho un pago por servicios no cubiertos, tenemos el derecho de recuperar del proveedor de servicios las sumas pagadas.

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Como miembro del plan Humana Gold Plus, usted tiene derecho a lo siguiente:

- a recibir servicios de salud de calidad
 - a la privacidad y a ser tratado con dignidad y respeto.
 - a ser informado sobre sus servicios de salud y sobre el tratamiento.
 - a tener acceso oportuno a su historial médico y a cualquier otra información que le concierna.
 - a elegir su médico a partir de una lista de médicos de atención primaria afiliados a la red.
 - a cambiarse a otro médico afiliado, si usted así lo desea.
 - a participar en programas para el bienestar de su salud.
 - a conocer los servicios disponibles de apoyo a los miembros, incluyendo el servicio de traducciones.
 - a saber cuáles normas y reglamentaciones se aplican a su comportamiento.
 - a rechazar cualquier tratamiento, a no ser que la ley lo indique de otra forma.
 - a tener acceso a los tratamientos médicos o alojamiento, sin importar la raza, el país de origen, la religión, las discapacidades físicas o la fuente de pago.
 - a saber si el tratamiento médico tiene como fin la investigación experimental y a aceptar o rechazar su participación en dicha investigación experimental.
 - a recibir tratamiento para cualquier condición médica de emergencia.
 - a recibir asistencia del Departamento de Servicio al Cliente para resolver sus preguntas e inquietudes.
 - a examinar y a recibir una explicación sobre cualquier factura por servicios no cubiertos, sin importar la fuente de pago.
 - a expresar sus quejas sobre el plan o sobre la atención proporcionada, a través del proceso de quejas y apelaciones.
 - a sugerir cómo podemos mejorar nuestro servicio para usted y los otros miembros.
 - a ser tomado en cuenta en las decisiones relacionadas con la atención médica que usted recibe.
 - a recibir un plan de tratamiento que incluya el acceso directo a un especialista si usted tiene una condición médica compleja o seria.
 - a solicitar la siguiente información: *
 - si empleamos un plan de incentivo médico que se relacione con el uso de servicios de referido;
 - el tipo de acuerdo de incentivos que empleamos;
 - si hay protección contra exceso de pérdidas; y
 - un resumen de los resultados de las encuestas a nuestros miembros.
 - a recibir información sobre el plan, sus servicios y sus proveedores.
 - a participar en discusiones francas sobre las opciones de tratamiento apropiadas o médicamente necesarias para sus condiciones, independientemente del costo o de la cobertura de beneficios.
 - a solicitar información sobre la forma como el plan estudia nuevas tecnologías para incluirlas dentro de los beneficios cubiertos.*
 - a desafiliarse del plan en determinados momentos.
 - a recibir atención urgentemente necesitada mientras está viajando fuera del área de servicio del proveedor, o dentro del área de servicio del proveedor cuando circunstancias inusuales o atenuantes le impidan que obtenga atención de un proveedor de la red.
 - a recibir una notificación 30 días antes de la fecha en que su médico de atención primaria se retire de la red.
 - a solicitar información relacionada con la condición financiera del plan.*
 - a solicitar una copia del reporte estadístico sobre quejas formales y apelaciones.*
- “Llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente para solicitar esta información. (Ver “Números telefónicos importantes” en la página 1).

Como miembro del plan Humana Gold Plus, usted también tiene las siguientes responsabilidades:

- Hacer uso solamente de los médicos de atención primaria de Humana Gold Plus y de los centros médicos participantes en la red, excepto en caso de emergencias o para atención urgentemente necesitada.
- Seguir las instrucciones de su médico de atención primaria.
- Llegar a tiempo a las citas.
- Ser honesto y franco con su médico.
- Informarse mejor sobre cualquier condición de salud que usted pueda tener.
- Informar a su médico sobre cambios inesperados en su estado de salud.
- Informarle a su médico si entiende o no el plan de tratamiento que le sugiere y lo que espera de usted.
- Entender las consecuencias de sus acciones en caso de rechazar el tratamiento o de no seguir las instrucciones de su médico.
- Respetar las normas y reglamentos de los centros de salud, en relación con la atención y el comportamiento del paciente.
- Revisar la información relacionada con servicios cubiertos, políticas y procedimientos como se describen en este Manual de Beneficios.
- Respetar los derechos de los demás pacientes.
- Informarnos por escrito si cambia de domicilio o de número telefónico, incluso si estos cambios son sólo temporales.
- Llevar consigo la tarjeta de identificación como miembro a Humana Gold Plus en todo momento y usarla mientras esté inscrito en el plan de Humana Gold Plus.
- Cumplir con todas sus responsabilidades financieras con Medicare, con el plan y sus proveedores.
- Dar aviso lo más pronto posible a Humana Gold Plus, cada vez que reciba atención por parte de un proveedor no participante en la red, ya sea dentro o fuera del área de servicio.
- Suministrar al plan y a los proveedores la información que pudiera afectar su atención médica.
- Desafiliarse en caso de que se traslade de manera permanente de domicilio hacia fuera del área de servicio del plan, o si va a permanecer fuera del área de servicio del plan durante más de seis meses consecutivos.

Nota: Existen muchas leyes aplicables a este documento de Manual de Beneficios. Algunas provisiones adicionales pueden ser aplicables a su situación por exigencia legal. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso cuando las leyes no estén incluidas o explicadas en este documento. Las leyes que pueden ser aplicables a este documento son: todas las leyes del estado de Illinois y de los Estados Unidos de América, incluyendo el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social y las reglamentaciones creadas bajo la Ley de Seguridad Social por los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid. En caso de inconsistencia o conflicto entre este documento de Manual de Beneficios y una ley, será la ley la que decidirá lo que debe pasar.

GLOSARIO

Por favor revise los siguientes términos para asegurarse que entiende su significado.

- **Agencia para la atención de la salud en el hogar** es una agencia autorizada por el estado y certificada por Medicare, que proporciona de manera intermitente y de tiempo parcial los cuidados de enfermero/a profesional y otros servicios terapéuticos en su hogar. Estos servicios están definidos como médicamente necesarios y deben ser autorizados por su médico de atención primaria cuando usted se ve obligado a permanecer en su casa.
- **Año calendario** es el período de 12 meses que comienza en enero 1 y termina 12 meses consecutivos después, es decir en diciembre 31.
- **Apelación** significa una solicitud escrita de su parte o la de su representante autorizado, o la de un proveedor no participante en la red, o la de un guardián nombrado por la corte, para que se reconsidere nuestra decisión de denegar un pago o una reclamación o un servicio del plan.
- **Apelación acelerada** significa la solicitud oral o escrita que usted o su representante autorizado nos hace pidiendo que se reconsidere en 72 horas la negación de un servicio, la terminación de los cuidados o una reducción en el nivel de los cuidados, debido a que su vida, su salud o su habilidad para recuperar la función máxima puede verse en grave peligro.
- **Área de servicio del plan** es el área geográfica en la que debe vivir una persona para ser elegible para los beneficios y tarifas aprobadas por CMS para esa área y para poder llegar a ser o seguir siendo miembro de Humana Gold Plus.
- **Área de servicio del proveedor** es el área geográfica en la cual usted puede recibir los

servicios cubiertos, por parte de los proveedores participantes en la red.

- **Atención urgentemente necesitada** son los servicios cubiertos, proporcionados por un proveedor no participante en la red, cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del proveedor, si dichos servicios son: 1) médicamente necesarios y requeridos inmediatamente; 2) necesarios como resultado de una enfermedad, lesión o condición imprevista; 3) dadas las circunstancias, no disponibles razonablemente con un proveedor de la red.

Nota: En situaciones atípicas o extraordinarias, usted puede recibir atención urgentemente necesitada dentro del área de servicio del proveedor cuando los proveedores de la red no están disponibles o accesibles temporalmente. (Por ejemplo, desastre natural, pérdida de electricidad en el centro médico del proveedor, etc.).

- **Auto-referido** significa que usted elige recibir los servicios cubiertos, por parte de un proveedor de la red sin un referido de su médico de atención primaria.
- **Autorización previa** significa que usted **debe** obtener nuestra autorización (generalmente a través de su médico de atención primaria) **antes** de recibir los servicios, para que nosotros seamos los responsables del pago.
- **CMS** es la sigla en inglés de Centers for Medicare and Medicaid Services (Centros para Servicios de Medicare y Medicaid) agencia del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) responsable de la administración del programa Medicare, al igual que de la participación federal en el programa Medicaid del estado.
- **Centro médico** es un hospital certificado por Medicare, un centro quirúrgico, un

centro médico para el tratamiento del abuso de sustancias, un hogar de convalecientes con servicio de enfermeros/as calificados/as, una agencia para la atención médica en el hogar, un centro para la salud mental o un hospicio, según se define en esta sección. Estas instituciones deben ser autorizadas, registradas o aprobadas por la autoridad competente.

- **Centro médico ambulatorio** es un centro autónomo donde se llevan a cabo procedimientos no quirúrgicos para pacientes externos para la prevención, diagnóstico y tratamiento de una lesión o enfermedad. En este tipo de instituciones no se proporciona habitación y alimentación para pacientes internos y son certificadas por Medicare y autorizadas por las autoridades correspondientes.
- **(Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) Centro médico Integral, para la Rehabilitación de Pacientes Externos** significa un centro que proporciona una gran cantidad de servicios, incluyendo entre otros, servicios médicos, terapia física, servicios sociales o psicológicos y rehabilitación para pacientes externos.
- **Centro para la salud mental** es un centro establecido para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades mentales. Estos centros deben tener instalaciones de diagnóstico y terapéutica, para proporcionar atención y tratamiento bajo la supervisión de un médico autorizado. El centro debe funcionar de conformidad con las leyes de la jurisdicción en la que está ubicada o debe ser acreditada por la Comisión Conjunta de Acreditación de las Organizaciones para el Cuidado de la Salud (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) o certificada por Medicare.
- **Centro quirúrgico ambulatorio** es un centro médico autónomo que proporciona procedimientos quirúrgicos para pacientes

externos para la prevención, diagnóstico y tratamiento de una lesión o enfermedad. Este tipo de centro está conformado por médicos y los tratamientos son proporcionados por los médicos o bajo la supervisión de los mismos, al igual que servicio de enfermería. En este tipo de centro no se proporciona habitación y alimentación para pacientes internos y son certificados por Medicare y autorizados por las autoridades correspondientes.

- **Centros para el tratamiento por abuso de sustancias** es un centro médico establecido para atender y tratar la dependencia del alcohol y las drogas, tanto en pacientes internos como externos, de acuerdo con un programa de tratamiento prescrito. Deben tener instalaciones diagnósticas y terapéuticas para la atención y tratamiento por parte de un médico o bajo la supervisión de un médico debidamente autorizado. Deben estar autorizados, registrados o aprobados por la autoridad competente de la jurisdicción en la que está localizado el centro o deben ser acreditados por la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (Comisión de Acreditación de las Instituciones de Rehabilitación) o por Medicare.
- **Cláusula inalterable** significa que bajo el plan de Humana Gold Plus, usted, como miembro, está “sujeto” al uso de los proveedores y suministradores de servicios de la red. Todos los servicios de salud (distintos a los servicios de emergencia, atención urgentemente necesitada o servicios de diálisis de riñón, cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del proveedor) deben ser proporcionados por los proveedores de la red o autorizados por nosotros. Cualquier uso de proveedores no participantes en la red, excepto las excepciones mencionadas, tendrá como consecuencia una obligación de su parte de asumir el pago de estos servicios. Ni Humana Gold Plus ni Medicare pagarán estos servicios.

- **Coaseguro** es el porcentaje que usted tiene que pagar del costo de un beneficio o servicio. Este monto es pagadero al proveedor participante en la red. En la sección “Resumen de Costos a Cargo del Miembro” aparece el listado de los montos por servicios cubiertos.
 - **Cuidado de enfermeros/as calificados/as** son los servicios que solamente pueden ser suministrados o supervisados por enfermeros autorizados.
 - **Cuidados de custodia** significan los cuidados que no son de tipo médico, incluyendo habitación y alimentación, que se le brindan a una persona que tenga una enfermedad mental o física y que requiera ayuda en las actividades de la vida diaria o para poder satisfacer sus propias necesidades personales. Los cuidados de custodia pueden ser brindados por personas sin habilidades profesionales o capacitación, que puedan proporcionar ayuda para movilizar al paciente, ayudarlo a vestirse, a bañarse, a comer, a preparar sus dietas especiales y a tomar sus medicamentos. **Los cuidados de custodia no están cubiertos por Humana Gold Plus.**
 - **Cuota** es el monto fijo que usted debe pagar al momento en que se le presta el servicio. Este monto es pagadero al proveedor participante en la red. En la sección “Resumen de Costos a Cargo del Miembro” aparece el listado de los montos de las cuotas por servicios cubiertos.
 - **Deducible** significa el monto que usted debe pagar de su propio bolsillo, antes de que puedan efectuarse los pagos de Medicare. Humana Gold Plus cubre este deducible por usted.
 - **Desafiliación** es el proceso de terminación de su afiliación en Humana Gold Plus.
 - **Determinación inicial** es la primera decisión con respecto a su solicitud de un servicio o al pago de un servicio o de beneficios adicionales. La determinación inicial algunas veces también se denomina determinación organizacional.
 - **Enfermedad** significa una alteración en la función o estructura de su cuerpo, la cual produce signos o síntomas físicos y que de no recibir tratamiento produciría un deterioro del estado de salud, la estructura o el sistema de su cuerpo.
 - **Enfermedad renal en su etapa final** significa la falla permanente del riñón que requiere diálisis renal regular o un trasplante para poder mantener la vida.
 - **Equipo médico duradero** es el equipo que puede resistir un uso repetitivo. Este equipo se usa principalmente y usualmente para un propósito médico, es apropiado para utilizarlo en el hogar y generalmente no tiene utilidad para una persona cuando no exista la enfermedad o la lesión.
 - **Especialista** es un médico, osteópata, psicólogo u otro practicante debidamente autorizado, al que su médico de atención primaria puede referirlo para atención especializada.
 - **Estados de emergencia médica** son los problemas de salud que presentan síntomas de gravedad (incluyendo dolor agudo). La gravedad de estos síntomas haría que una persona que tenga un nivel de conocimiento promedio en medicina y salud, considere que su condición, enfermedad o lesión es de naturaleza tal, que el hecho de no obtener atención médica inmediata podría tener consecuencias tales como:
 - poner en grave riesgo su salud (o si usted está embarazada la salud del bebé que espera); o
 - un daño grave o un impedimento de sus funciones corporales; o
 - una grave disfunción de cualquier órgano o parte de su cuerpo.
- Algunos ejemplos de estados de emergencia médica son el dolor fuerte

en el pecho, dificultad para respirar, quemaduras severas, heridas profundas o vómito de sangre.

- **Exclusiones/limitaciones** son los ítems o servicios que están limitados o que no son cubiertos por Humana Gold Plus.
- **Fecha de entrada en vigor** significa el día, mes y año en que realmente se hace efectiva su cobertura en Humana Gold Plus, o la fecha en que su desafiliación de Humana Gold Plus se hace efectiva. Esta fecha de entrada en vigor aparecerá siempre en su formulario de afiliación o desafiliación. Nosotros confirmamos su fecha de entrada en vigor con los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Usted también recibirá nuestra notificación escrita sobre su fecha de entrada en vigor.
- **HMO** es la sigla en inglés correspondiente a Health Maintenance Organization (Organización para el Mantenimiento de la Salud). Las HMO proporcionan cobertura para los servicios de atención en salud en un ambiente de cuidados médicos. Esto significa que las personas vinculadas a las HMO reciben directamente de los médicos y de otros proveedores de la red de HMO los servicios de salud prepagados.
- **Hogar de convalecientes con servicio de enfermeros/as calificados/as** es un centro que proporciona a los pacientes internos, cuidados de enfermeros/as calificados/as, servicios de rehabilitación y otros servicios de salud asociados y que está certificado por Medicare. En el término “hogar de convalecientes con servicio de enfermeros/as calificados/as” no están incluidos los hogares para convalecientes o jubilados, las instituciones de reposo o las instituciones para personas de la tercera edad, que suministran atención primordial en la que se incluye el entrenamiento en las rutinas de la vida diaria.
- **Hospicio** es una organización o una agencia certificada por Medicare, cuya

función principal es la de brindar alivio del dolor, manejo de los síntomas y servicios de apoyo a los pacientes terminales y a sus familias.

- **Hospital** es el lugar que proporciona atención médica para pacientes internos y externos, servicios de emergencia, de diagnóstico y terapéuticos, y que participa en el programa de Medicare y es elegible para pagos bajo este programa. El término "hospital" no incluye los hogares para convalecientes y retirados, los centros de reposo o las instituciones para personas de la tercera edad, que proporcionan principalmente los cuidados de custodia, incluyendo entrenamiento en las rutinas de la vida diaria.
- **Hospitalista** es un médico que participa en un programa que proporciona un enfoque de equipo para el cuidado del paciente interno en el hospital. Estos médicos pueden supervisar los cuidados que usted recibe como paciente interno en un hospital o en un hogar de convalecientes con servicio de enfermeros/as calificados/as.
- **Hospitalización Parcial** es un programa ambulatorio de atención activa para servicios de salud mental que dura menos de 24 horas al día. Los servicios pueden ser suministrados por unidades de pacientes externos del hospital o por centros calificados de salud mental de la comunidad.
- **Lesión** significa el daño corporal incluyendo todas las condiciones y los síntomas repetitivos asociados.
- **Límite de capacidad** significa el número máximo de miembros que pueden estar inscritos en un plan en un momento determinado.
- **Manual de Beneficios.** Es este documento. En él se describen los beneficios, disposiciones y limitaciones de su cobertura para el año calendario actual. Igualmente explica los servicios y beneficios

cubiertos por Humana Gold Plus y define los derechos y responsabilidades tanto de los miembros como los nuestros.

- **Medicamento necesario** significa la atención y/o los suministros requeridos para identificar o tratar una enfermedad o lesión y es:
 - coherente con los síntomas o el diagnóstico y el tratamiento de la condición, enfermedad o lesión;
 - apropiada con respecto a los estándares de buena práctica médica;
 - no solamente para la comodidad de usted o de su médico, hospital, centro médico para el tratamiento de abuso de sustancias, hogar de convalecientes con servicio de enfermeros/as calificados/as, centro para la salud mental o un hospicio, sean o no participantes en la red;
 - el suministro o el nivel de servicio más apropiado que se le pueda brindar a usted de manera segura. Cuando se trata de la atención del paciente interno, también significa que los síntomas o condiciones médicas de los miembros no permiten que la atención se pueda proporcionar de forma segura al miembro como paciente externo o en un ambiente alterno de nivel de atención.

Bajo el plan Humana Gold Plus, las decisiones de necesidad médica serán determinadas por su médico de atención primaria o, en el caso de atención de emergencia o de servicios urgentemente necesitados, por el médico que lo atiende.

- **Medicare** es el programa del Gobierno Federal para seguros médicos de los ancianos y discapacitados, establecido por el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social.
- **Medicare Original** es el plan de salud tradicional basado en una tarifa por servicio que le permite a usted acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención en salud que acepte Medicare. El Plan tiene dos partes: Parte A (Seguro Hospitalario) y Parte B (Seguro Médico).

Usted paga los deducibles y el coaseguro de Medicare (o elige una póliza Medigap que cubra estos gastos) y Medicare paga la parte que le corresponde del monto aprobado por Medicare.

- **Medicare Parte A** es la parte de Medicare que cubre los costos de la atención al paciente interno (después del pago de un deducible) en un hospital certificado por Medicare, o en un hogar de convalecientes con servicio de enfermeros/as calificados/as certificado por Medicare, después de una estadía en el hospital. También puede cubrir los cuidados en un hospicio y la atención de salud en el hogar. La mayoría de los hogares de convalecientes o de retirados no son hogares de convalecientes con servicio de enfermeros/as calificados/as y, por lo tanto, no están cubiertos por Medicare.

La mayoría de los beneficiarios de Medicare tienen derecho automáticamente a Medicare Parte A. Los beneficiarios de Medicare que no tienen derecho a Medicare Parte A pueden adquirir la Parte A, a través del Seguro Social. (Nota: Los miembros de Humana Gold Plus que adquieren Medicare Parte A, a través del Seguro Social, deben continuar pagando la prima de la Parte A.)

- **Medicare Parte B** es la parte de Medicare que hace los reembolsos por servicios del médico, atención hospitalaria como paciente externo y algunos otros servicios no cubiertos por la Parte A. Nuevamente, el beneficiario de Medicare debe pagar primero un deducible.

Los beneficiarios de Medicare deben pagar una prima mensual a Medicare por la cobertura de la Parte B. A los beneficiarios de Medicare que reciben un cheque de anualidad del Seguro Social, esta prima generalmente se les deduce automáticamente de su cheque. De otro modo, la prima es pagada directamente por el beneficiario de Medicare o por alguien en su nombre (como por ejemplo su agencia estatal de Medicaid). NOTA: Los miembros de

Humana Gold Plus deben continuar pagando la prima de su Parte B de Medicare.

- **Médico** es una persona legalmente autorizada para practicar la medicina o la cirugía.
- **Médico de atención primaria (PCP por sus siglas en inglés)** es el médico participante en la red, que usted elige o ha elegido para que sea el responsable de la coordinación de sus servicios de salud.
- **Médico de la red** es cualquier médico debidamente autorizado y que ha sido acreditado por el plan de salud y tiene un contrato con nosotros para proporcionar servicios cubiertos a los miembros de Humana Gold Plus en el área de servicio de su proveedor.
- **Médico no participante en la red** es cualquier médico que no tenga un contrato con nosotros para proporcionar servicios cubiertos a los miembros de Humana Gold Plus.
- **Miembro** se refiere a usted, el beneficiario de Medicare, con derecho a recibir servicios de salud bajo el plan de Humana Gold Plus, quien voluntariamente ha elegido inscribirse en Humana Gold Plus y cuya inscripción ha sido confirmada por CMS.
- **Nosotros y nuestro y nos** se refiere a Humana Health Plan, Inc.
- **Organización de Medicare+Choice (M+C)** es una entidad pública o privada organizada y autorizada por el estado como una entidad para asumir riesgos, certificada por CMS por cumplir con los requerimientos contractuales de M+C. Las organizaciones de M+C pueden ofrecer uno o más Planes de M+C.
- **PRO** es la sigla en inglés correspondiente a 'Peer Review Organization'. Los PRO son grupos de médicos que tienen un contrato con el gobierno federal para revisar la necesidad médica, idoneidad y calidad

del tratamiento médico hospitalario que se le suministra a los pacientes de Medicare, incluyendo los inscritos en Humana Gold Plus.

- **Período Anual de Elección** significa el mes de noviembre en el que las organizaciones que ofrecen planes de Medicare+Choice en enero del siguiente año, deben abrir las inscripciones a los beneficiarios de Medicare. Los planes de Medicare+Choice que hayan alcanzado el límite de capacidad aprobado por CMS no están obligados a aceptar inscripciones. Durante el Período Anual de Elección, un individuo elegible para inscribirse en un plan de Medicare+Choice puede cambiarse del plan Medicare+Choice al Medicare Original o a un plan diferente de Medicare+Choice, o del Medicare Original a un plan de Medicare+Choice.
- **Período de Beneficio** es el período de tiempo durante el cual usted permanece como paciente interno en un hospital o en un hogar de convalecientes con servicio de enfermeros/as calificados/as. El Período de Beneficio empieza el día en que usted es admitido como paciente interno en un hospital o en un hogar de convalecientes con servicio de enfermeros/as calificados/as. Termina en cualquiera de los siguientes casos: 1) Cuando usted ha dejado de ser un paciente interno por 60 días consecutivos, incluyendo el día en que le dieron de alta; o 2) Cuando usted no ha recibido atención profesional durante 60 días consecutivos (en caso de que usted permanezca en el hogar de convalecientes con servicio de enfermeros/as calificados/as).
- **Período de inscripciones abiertas** es un período específico de tiempo durante el cual los beneficiarios de Medicare pueden cambiar la decisión tomada en su período anual de elección. Este cambio se permite una vez entre enero 1 y junio 30 de 2002. Los planes M+C pueden decidir si aceptan nuevas inscripciones o si no aceptan nuevas inscripciones con la debida notificación.

- **Período de inscripciones abiertas para nuevos miembros que sean elegibles** es el período específico de tiempo durante el cual los nuevos miembros que sean elegibles a Medicare pueden cambiar la decisión tomada en el período inicial de cobertura. Este cambio está permitido una vez durante el período de seis meses (sin extenderse más allá del 31 de diciembre de ese año) después de que obtengan por primera vez el derecho a la Parte A y a la Parte B de Medicare. Los planes de M+C pueden decidir si aceptan nuevas inscripciones o si no aceptan nuevas inscripciones con la debida notificación.
- **Período especial de elección** es un período de tiempo (adicional a cualquier período abierto de inscripción) en el que una persona inscrita en un plan M+C puede cambiar su inscripción a otro plan M+C o regresar al Medicare original en circunstancias especiales. El Período Especial de Elección tiene lugar cuando se termina el plan M+C en el que el miembro está inscrito; cuando la persona inscrita cambia su domicilio fuera del área de servicio del plan; cuando la organización M+C que ofrece el plan viola una estipulación importante de su contrato con el miembro; o cuando el miembro cumple con otras condiciones importantes, según lo dispuesto por CMS.
- **Período Inicial de Elección de Cobertura** es un período de tiempo (además de cualquier otro período de inscripciones abiertas) en el cual las personas elegibles para Medicare pueden inscribirse en plan de M+C.
- **El Plan Medicare+Choice (M+C)** es una póliza o un paquete de beneficios ofrecido por una Organización de Medicare+Choice, bajo los cuales un plan cubre un conjunto específico de beneficios ofrecidos con una prima uniforme, un costo compartido uniforme y un área de servicio del plan uniforme. Una Organización de M+C puede ofrecer más de un plan en la misma área de servicio del plan.
- **Prima del Plan** es el pago mensual que se hace al plan y que le da derecho a los servicios cubiertos descritos en el Manual de Beneficios.
- **Procedimientos y asuntos con fines experimentales/investigativos**, según lo determinado por Medicare, son los procedimientos y asuntos que generalmente no son aceptados por la comunidad médica. Para determinar si un servicio es de carácter experimental o investigativo, nosotros nos acogemos a las pautas de Medicare o nos apoyamos en las determinaciones ya tomadas por Medicare. Los procedimientos experimentales o investigativos **no** son cubiertos por Humana Gold Plus.
- **Prótesis** son los dispositivos necesarios para substituir una parte del cuerpo que falta.
- **Proveedor no participante en la red** es cualquier profesional de la salud, proveedor de elementos para la atención de la salud, hospital u otro centro médico, que no tenga un contrato con nosotros para proporcionar servicios cubiertos a los miembros de Humana Gold Plus.
- **Proveedor participante en la red** es cualquier profesional de la salud, proveedor de elementos de servicios de salud, hospital u otro centro médico, que tenga un contrato con nosotros para proporcionar servicios cubiertos a los miembros de Humana Gold Plus en el área de servicio de su proveedor.
- **Queja** es una expresión oral de su inconformidad con cualquier aspecto del Plan.
- **Queja formal** es cualquier queja escrita expresando la inconformidad con cualquier aspecto del Plan.
- **Referido** es la recomendación formal de su médico de atención primaria para que usted reciba los servicios cubiertos de un

especialista, o de otro proveedor médico, que generalmente, pero no siempre, es un proveedor de la red.

- **Revisión Médica** es un programa operado por nosotros, o por quien designemos, para definir la necesidad médica, llevar a cabo programas de aseguramiento de la calidad y garantizar la utilización apropiada y eficaz de la atención médica.
- **Servicios cubiertos** son aquellos beneficios, servicios y suministros descritos en este Certificado de Beneficios y que han sido aprobados por los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).
- **Servicios de ama de casa** significa las labores domésticas, tales como lavandería, preparación de las comidas compras y otros servicios de cuidados del hogar, los cuales se suministran principalmente para ayudarle a las personas a satisfacer sus necesidades personales, familiares o domésticas.
Los servicios de ama de casa no son cubiertos por Humana Gold Plus.
- **Servicios de emergencia** son los servicios cubiertos como paciente interno o externo que sean:
 - 1) suministrados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia; y
 - 2) necesarios para evaluar o estabilizar un estado de emergencia médica.
- **Servicio de enfermeros/as calificados/as y atención de la salud en el hogar, de tiempo parcial** significa la atención de salud por parte de enfermeros/as calificados/as y de servicios de salud en el hogar que son médicamente necesarios, durante períodos de menos de ocho horas al día, hasta 35 horas a la semana.
- **Servicios hospitalarios** significan todos los cuidados recibidos en un hospital como paciente interno o externo, incluyendo los servicios de emergencia o la atención urgentemente necesitada.
- **Servicio intermitente de enfermera profesional y atención de salud en el hogar**, puede significar:
 - 1) Atención continua de tiempo parcial, médicamente necesaria, que se recibe hasta por 35 horas semanales, pero no de forma cotidiana; o
 - 2) Atención de tiempo completo, médicamente necesaria, recibida temporalmente durante un período hasta de 21 días o en algunas circunstancias por un período mayor si la prórroga es por un número de días limitado y predecible.
- **Servicios médicos sociales** son servicios tales como la programación y la asesoría para ayudarle a usted o a su familia a adaptarse a una enfermedad después de sea dado de alta del hospital.
- **Servicios preventivos** son los servicios que se han determinado como efectivos y aceptados para la prevención de enfermedades en personas sin síntomas.
- **Servicios quirúrgicos** son los siguientes servicios, proporcionados tanto a un paciente interno como a un paciente externo: 1) una incisión, escisión, láser o electrocauterización de cualquier órgano o parte del cuerpo, 2) reconstrucción de cualquier órgano o parte del cuerpo; 3) restauración con sutura de laceraciones; 4) reducción de una fractura o dislocación mediante manipulación; 5) un procedimiento endoscópico de exploración para remover de una abertura natural del cuerpo una piedra u otro objeto; 6) una punción para aspiración; o 7) una inyección para examen con medio de contraste.
- **Subrogación** significa transferir las reclamaciones y derechos de un acreedor a otro.
- **Suministros médicos** son los suministros desechables utilizados por un profesional de servicios de salud para el tratamiento de una enfermedad o una lesión. Los suministros médicos incluyen vendajes quirúrgicos, entablillados y yesos.

- **Tratamiento como paciente interno** significa el tratamiento recibido como paciente hospitalizado en un centro médico certificado por Medicare, el cual tiene un costo por habitación y alimentación.
- **Usted, suyo y su** se refieren a la persona cubierta por Humana Gold Plus.
- **Visitas al consultorio** significa cualquier visita al consultorio de un proveedor participante en la red para la obtención de servicios cubiertos.

BENEFICIOS MÉDICOS PARA EL AÑO CALENDARIO 2002

Los beneficios que se describen a continuación están disponibles a partir de enero 1, o de la fecha de entrada en vigor de su inscripción, y están sujetos a las limitaciones y exclusiones señaladas, y a las cuotas y coaseguros enumerados al final de este documento en el Resumen de Costos a Cargo del Miembro. La cobertura se ajustará automáticamente para cumplir con cualquier cambio en las pautas de cobertura de Medicare.

Recuerde que todos los servicios deben: (1) ser autorizados por su médico de atención primaria (a menos que se permita el auto-referido); o (2) calificar como servicios de emergencia o como atención urgentemente necesitada.

Atención de la salud en el hogar **Servicios de atención de la salud en el hogar**

- Cuidados por parte de enfermeros/as calificados/as, de tiempo parcial e intermitente.
- Terapia física.
- Terapia del habla.

Cuando se requieren cuidados por parte de enfermeros/as calificados/as, de tiempo parcial e intermitente, terapia física o del habla, la cobertura incluye:

- Terapia ocupacional.
- Servicios de tiempo parcial e intermitente de ayudas médicas en el hogar.
- Servicios sociales médicos.
- Suministros y equipos médicos proporcionados por una agencia de atención de salud en el hogar.

Condiciones para los servicios de atención de la salud en el hogar

Usted es elegible para los beneficios descritos arriba cuando se satisfacen todas las condiciones siguientes:

- Cuando la atención que usted requiere incluye cuidados de enfermeros/as calificados/as, de tiempo parcial e intermitente, terapia física o del habla, y
- usted se ve obligado a permanecer en su hogar; y
- Su médico de atención primaria determina que usted necesita atención de salud en el hogar; y

- Su médico de atención primaria establece un plan de salud para el hogar y periódicamente revisa su plan de salud en el hogar; y
- La agencia para la atención de salud en el hogar está certificada para participar en Medicare.

Los servicios no cubiertos de **atención de la salud en el hogar** incluyen lo siguiente:

- Atención de la salud en el hogar para transfusiones.
- Servicios de ama de casa,
- Comidas enviadas a su domicilio.
- Cuidados de enfermeros de tiempo completo en su hogar.
- Medicamentos y preparaciones biológicas*.

* Los medicamentos inyectables auto-administrados, proporcionados como parte de su atención de la salud en el hogar estarán sujetos a cualquier cuota/coaseguro aplicable según se indica en su beneficio de medicamentos recetados.

Atención dental

Usted está cubierto para atención dental médicamente necesaria, para cirugía de la mandíbula o de sus estructuras asociadas, restauración de fracturas de la mandíbula o de los huesos faciales; y servicios que pueden estar cubiertos cuando sean proporcionados por un médico.

Atención en las Instituciones religiosas para el cuidado no-médico de la salud (Religious non-medical health care institutions, RNHCI)

Beneficio de RNHCI

Número ilimitado de días en una RNHCI certificada por Medicare

Condiciones para una estadía en una RNHCI

Usted es elegible para una estadía en una RNHCI si se cumplen todas las siguientes condiciones:

- Su médico de atención primaria debe coordinar su estadía en una RNHCI; y
- Usted debe tener una condición que le permita recibir atención como paciente interno en un hospital o servicios de atención prolongada; y
- Usted debe hacer una declaración de que se opone conscientemente a la aceptación de tratamiento médico “No-exceptuado”. (NOTA: Tratamiento médico “Exceptuado” es el tratamiento o atención médica que usted recibe involuntariamente o que es requerido por la ley federal, estatal o local. Tratamiento médico “No-exceptuado” es cualquier otra atención médica o tratamiento).

Atención no cubierta:

- Aspectos religiosos de la atención proporcionada en las RNHCI.

Atención hospitalaria

Beneficio como paciente interno en el hospital

Número ilimitado de días para servicios médicamente necesarios.

Nota: Si el día de entrada en vigor de su cobertura, usted es paciente interno en un hospital que no acepta reembolso del Diagnostic Related Group (DRG) (Grupo de Diagnóstico Asociado), nosotros cubriremos hasta 150 días para esa admisión, menos cualquier número de días que usted haya usado a través de Medicare o de otro Plan Medicare+Choice durante esa admisión.

Si en la fecha de entrada en vigor de su cobertura usted es un paciente interno en un hospital que acepta reembolso de DRG, los cargos del hospital por la Parte A de Medicare por esa admisión no serán cubiertos por nosotros, ya que esos cargos deben ser cubiertos por su proveedor anterior (es decir, Medicare u otro plan de Medicare+Choice).

Sin embargo, nosotros cubriremos todos los cargos de Medicare Parte B por esa admisión.

Su médico de atención primaria o su especialista de la red deben llamar al número **1-800-523-0023** para autorizar todas los ingresos al hospital que no sean de emergencia o de urgencia. Si usted necesita atención como paciente interno en el hospital en una situación de emergencia o de atención urgentemente necesitada, le recomendamos que usted o su médico tratante llamen a su médico de atención primaria para coordinar sus cuidados de seguimiento.

Principales servicios como paciente interno en el hospital

- Servicio de médico.
- Habitación semi-privada, alimentación y servicios generales de enfermería.
- Costos de unidades de atención especial, tales como las unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios.
- Medicinas.
- Costos hospitalarios por servicios de anestesia.
- Exámenes y procedimientos diagnósticos
- Rayos X y radioterapia.
- Servicios y suministros proporcionados por el hospital para tratamiento médico y quirúrgico del paciente interno, incluyendo cirugía reconstructiva después de una mastectomía.
- Costos de las salas de operación y de recuperación.
- Terapia de inhalación.
- Servicios de rehabilitación, tales como terapia física, ocupacional y servicios de patología del habla.

- Transfusiones de sangre (incluyendo factores coagulantes para hemofilia) proporcionados por el hospital.
- Uso de equipo médico duradero.
- Servicios de farmacodependencia.
- Atención posterior a la mastectomía.
- Servicios de maternidad.
- Trasplantes (corazón, riñón, páncreas, hígado, corazón/pulmón, médula ósea, células madre (stem cell) e intestinal) bajo ciertas condiciones.

Condiciones para una estadía como paciente interno en el hospital

Usted es elegible para los beneficios descritos arriba si se aplican las dos condiciones siguientes:

- Su médico de atención primaria coordina la atención como paciente interno para el tratamiento de su enfermedad o lesión (para los servicios de emergencia o la atención urgentemente necesitada no se requiere aprobación previa *); y
- La atención requerida para el tratamiento de su enfermedad o lesión puede proporcionarse solamente en un hospital.

***Nota:** Usted o su médico tratante deben notificarnos tan pronto como sea posible de su admisión al hospital, llamando al número **1-800-523-0023**.

Los servicios no cubiertos como paciente interno en un **hospital** incluyen lo siguiente:

- Cargos por atención y suministros no ordenados por un médico, si dicha atención y suministros no serían pagados bajo las pautas de Medicare.
- Artículos para comodidad y cuidado personal que se facturan separadamente, tales como teléfono, televisión o radio.
- Servicios de enfermero/a privado/a.
- Habitación privada en un hospital, a menos que sea médicamente necesaria.

Beneficios como paciente externo del hospital*

Usted tiene cobertura para los servicios médicamente necesarios que sean autorizados por su médico de atención primaria.

***Nota:** Incluye los servicios como paciente externo recibidos en centros quirúrgicos ambulatorios y centros médicos ambulatorios.

Principales servicios en el hospital como paciente externo

- Sala de emergencias o servicios clínicos como paciente externo.
- Exámenes y procedimientos diagnósticos facturados por el hospital o el centro ambulatorio.
- Exámenes de pre-admisión.
- Servicios y suministros para atención al paciente externo.
- Sala de operaciones para servicios al paciente externo.
- Terapia de inhalación y terapia física a corto plazo.
- Rayos X y otros servicios de radiología facturados por el hospital o el centro ambulatorio.
- Medicamentos y sustancias biológicas aprobadas por la Food and Drug Administration (FDA) y Medicare que generalmente no pueden ser auto-administrados.
- Transfusiones de sangre (incluyendo factores coagulantes para hemofilia) proporcionadas a usted como paciente externo.
- Terapia y patología del habla.
- Rehabilitación cardíaca.

Condiciones para los servicios de atención como paciente externo del hospital

Usted es elegible para los beneficios descritos arriba si se aplica lo siguiente:

- Su médico de atención primaria coordina la atención como paciente externo para el tratamiento de su enfermedad o lesión.

Beneficio de sala de emergencias del hospital

Usted está cubierto para condiciones médicas de emergencia ya sea dentro o fuera del área de servicio del proveedor. Por favor consulte el glosario para conocer la definición de condiciones médicas de emergencia.

Los **Servicios de Emergencia** no están cubiertos para condiciones de rutina no autorizadas, que en opinión de una persona prudente y sensata no parezcan basadas en una condición médica de emergencia.

Atención médica

Principales servicios médicos

- Servicios médicos y quirúrgicos incluyendo anestesia.
- Exámenes y procedimientos diagnósticos.
- Servicio de radiología y patología como paciente interno en el hospital.
- Servicios de un médico mientras permanece como paciente interno en el hospital.
- Servicios preventivos.
- Visitas al consultorio.
- Rayos –X en el consultorio del médico, para diagnóstico y tratamiento.
- Medicamentos y sustancias biológicas aprobadas por la Food and Drug Administration (FDA) y Medicare que generalmente no pueden ser auto-administrados.
- Transfusiones de sangre y componentes de la sangre (incluyendo factores coagulantes para hemofilia) en el consultorio del médico.
- Suministros médicos proporcionados en el consultorio del médico.
- Terapia física, terapia ocupacional y servicios de patología del habla en el consultorio del médico.
- Segunda opinión obtenida de un médico de la red.
- Tratamiento de enfermedades mentales.
- Servicios de un médico para atención obstétrica.
- Pruebas para alergias e inmunoterapia con alérgeno.
- Examen anual con un obstetra/ginecólogo de la red.
- Cuidados posteriores a la mastectomía.
- Servicios de emergencia y atención urgentemente necesitada.

Atención quiropráctica

Usted está cubierto para manipulación médicamente necesaria de la columna para corregir una subluxación.

Atención siquiátrica

Beneficio de siquiatría como paciente interno

- 190 días por toda la vida, para atención médicamente necesaria como paciente interno en un hospital siquiátrico independiente certificado por Medicare.
- Número ilimitado de días para atención médicamente necesaria como paciente interno, proporcionada en las unidades siquiátricas de atención crítica de los hospitales.

Nota: Si usted ya ha hecho uso de alguno de los 190 días en Medicare Original, o en otro plan de Medicare+Choice, su reserva para toda la vida de 190 días, se verá reducida en el número de días que usted haya utilizado. Los días restantes le quedarán disponibles como miembro de Humana Gold Plus. Una vez que usted haya hecho uso de estos 190 días para toda la vida, ni Medicare ni Humana Gold Plus efectuarán pagos por cualquier atención adicional que usted reciba en dicho tipo de instalaciones.

Su médico de atención primaria o proveedor de la red para salud mental deben llamar al número **1-800-523-0023** para autorizar todas las admisiones al hospital siquiátrico que no sean de emergencia ni urgentes.

Condiciones para una estadía como paciente interno en un hospital siquiátrico

Usted es elegible para los beneficios descritos arriba si se aplican las dos condiciones siguientes:

- Su médico de atención primaria o su proveedor de salud mental de la red coordina su admisión al hospital siquiátrico, excepto en el caso de una evaluación ordenada por la corte; y
- La atención proporcionada es médicamente necesaria y no es de custodia en su naturaleza.

Beneficio siquiátrico como paciente externo

Usted tiene cobertura para los servicios siquiátricos como paciente externo, autorizados por su médico de atención primaria o por su proveedor de salud mental de la red.

Principales servicios psiquiátricos para pacientes externos

- Servicios de salud mental en un programa psiquiátrico de hospitalización parcial, si en ausencia del programa se necesitara la atención como paciente interno.
- Servicios psiquiátricos médicamente necesarios como paciente externo, individuales o de grupo*.

*Estos servicios pueden ser prestados por médicos, psicólogos, trabajadores sociales clínicos o asistentes médicos.

Condiciones para servicios psiquiátricos como paciente externo

Usted es elegible para los beneficios descritos arriba si se aplica lo siguiente:

- Su médico de atención primaria o su proveedor de salud mental de la red coordina su atención psiquiátrica como paciente externo, excepto en el caso de una evaluación ordenada por la corte.

Cirugía

Procedimientos quirúrgicos aprobados por Medicare realizados en un hospital, en un centro de cirugía ambulatoria, o en un consultorio médico (a un paciente interno o externo).

La cirugía plástica, cosmética o reconstructiva no está cubierta a menos que:

- sea médicamente necesaria como consecuencia de una lesión o de un tumor.
- Exista un impedimento físico objetivo, el cual se define como una reducción directa, que se puede medir, del desempeño físico de un órgano o de una parte del cuerpo.

Nota: La presencia de una condición psicológica no le dará derecho a usted a la cobertura de cirugía plástica, cosmética o reconstructiva, a menos que se cumplan todas las condiciones anteriores.

El tratamiento quirúrgico de obesidad mórbida no está cubierto, a menos que se determine como médicamente necesario.

Cuidado del oído

Usted tiene cobertura para pruebas de diagnóstico y tratamiento del oído cuando exista un problema médico.

Las **pruebas auditivas** no están cubiertas cuando su propósito es el de prescribir, adaptar o cambiar ayudas auditivas.

Cuidados preventivos

Nota: Estas pautas se emplean únicamente para procedimientos que se llevan a cabo como cuidados preventivos y no se aplican cuando hay presencia de síntomas.

- Mamografía anual, empezando a los 40 años*;
- Papanicolaou, examen pélvico y examen clínico de los senos cada uno a dos años según lo determine su médico*;
- La evaluación para detección de cáncer colorectal está cubierta por los exámenes de sangre oculta en heces para personas de 50 años de edad o más, cada 12 meses*; la evaluación por sigmoidoscopia flexible o por enema de bario para personas de 50 años o más cada 48 meses; exámenes mediante evaluación por colonoscopia o evaluación por enema de bario cada 24 meses para personas de alto riesgo y cada 120 meses, o dentro de los 48 meses siguientes a una evaluación por sigmoidoscopia flexible, para personas de riesgo promedio;
- Evaluación anual para detectar cáncer prostático, empezando a los 50 años de edad mediante examen digital del recto o por antígeno específico de próstata;
- Evaluación de densidad ósea una vez cada dos años. Para mujeres con riesgo de osteoporosis, la evaluación puede ser más frecuente*;
- Pruebas para evaluación de diabetes;
- Refuerzo de tétano-difteria cada 10 años*;
- Vacuna Pneumococa una vez después de los 65 años. Los pacientes de alto riesgo son elegibles para la vacuna a cualquier edad y en algunos casos pueden requerir una segunda dosis después de cinco años*;
- Vacuna de influenza cada año*;
- Vacuna de hepatitis B para pacientes de riesgo*;

- Servicios médicos de terapia de nutrición para diabetes o enfermedad renal.
- Evaluación anual (excepto lo anotado) por parte de su médico de atención primaria incluyendo:
 - Antecedentes y examen para identificar el estado de riesgo y orientar las intervenciones;
 - Consejería sobre dieta, ejercicio, abuso de sustancias, prevención de lesiones;
 - Estatura y peso a intervalos de acuerdo con la discreción clínica del proveedor;
 - Presión sanguínea cada dos años, después de los 21 años de edad;
 - Evaluación de la vista a discreción del proveedor, y
 - Evaluación del oído a discreción del proveedor.

*Usted puede auto-referirse a un proveedor de la red para obtener estos servicios.

Diálisis de riñón

Beneficio de diálisis de riñón

Si usted desarrolla una falla renal permanente (enfermedad renal en su etapa final) después de la fecha de su solicitud de inscripción, se le proporcionarán los siguientes beneficios:

- Tratamientos de diálisis de mantenimiento como paciente externo en un centro de diálisis perteneciente a la red. Incluye los costos de exámenes de laboratorio, equipo, suministros y otros servicios asociados con su tratamiento.
- Diálisis de mantenimiento como paciente interno si usted es admitido en un hospital de la red debido a que su condición médica requiere servicios de atención hospitalaria especializada como paciente interno.
- Servicios de los médicos de la red, relacionados con la diálisis como paciente interno o externo.

Nota: Usted puede recibir servicios de diálisis de riñón de un proveedor que no sea de la red cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del proveedor.

Beneficio de diálisis en el hogar

La diálisis en el hogar incluye hemodiálisis, diálisis peritoneal intermitente en el hogar (IPD), diálisis peritoneal cíclica continua en el hogar (CCPD) y diálisis peritoneal ambulatoria continua en el hogar (CAPD).

- Los servicios de equipo de diálisis en el hogar y el equipo relacionado, incluyendo el alquiler o la compra (lo que nosotros determinemos como más apropiado según las circunstancias), costos de envío e instalación.
- Suministros necesarios para llevar a cabo la diálisis en el hogar incluyendo los elementos desechables.
- Servicios periódicos de apoyo por parte de un proveedor de la red, necesarios para ayudarle a permanecer en diálisis en el hogar. Los servicios de apoyo incluyen visitas periódicas por parte de personal entrenado para el monitoreo de diálisis en el hogar y para ayudarle en emergencias cuando sea necesario.
- Heparina, el antídoto para la heparina y anestésicos tópicos para la diálisis en el hogar.
- Eritropitina auto-administrada para pacientes de diálisis en el hogar.
- Entrenamiento para auto-diálisis en el hogar incluyendo instrucciones para la persona que le ayudará con el procedimiento en su hogar.
- Servicios de un médico de la red que dirigirá su entrenamiento para auto-diálisis, hasta un máximo de \$500. Si el período de entrenamiento no ha sido completado, la tarifa de entrenamiento será prorrateada a \$20 por sesión en proporción al número de tratamientos de entrenamiento completados.
- Reentrenamiento para uso de equipo nuevo para auto-diálisis.

Servicios no cubiertos en diálisis de riñón:

- Costos como paciente interno en el hospital o en hogar de convalecientes con servicio de enfermeros/as calificados/as cuando la estadía es únicamente para diálisis de mantenimiento.
- Gastos de ambulancia o de otro transporte desde su hogar hasta el consultorio del médico o hasta un centro médico para

diálisis de mantenimiento de rutina, a menos que sea, médicamente necesario,

- Costos de alojamiento durante el tratamiento de diálisis como paciente externo.
- Servicios de auxiliares de diálisis para ayudarlo en la diálisis en el hogar.
- Sangre para diálisis en el hogar o células rojas empacadas, a menos que sean administradas por un médico de la red o que un médico de la red dirija personalmente su administración, o si se necesita para cebar su equipo de diálisis.
- Pérdidas de salarios, tuyas o de su asistente de diálisis, durante el auto-entrenamiento.

Dispositivos de prótesis

Los dispositivos de prótesis aprobados por Medicare, ordenados por un médico de la red y necesarios para reemplazar una parte faltante del cuerpo, incluyen:

- Bolsas para colostomía o ileostomía y los suministros relacionados.
- Prótesis de seno y brassieres después de la mastectomía.
- Extremidades y ojos artificiales.

Equipo médico duradero

El equipo médico duradero, tal como el equipo de oxígeno, sillas de ruedas, terapia de infusión casera y sistemas caseros de diálisis, está cubierto cuando cumplen con las pautas de Medicare y su médico de atención primaria y/o el especialista de la red autorizan y certifican por escrito que el equipo es médicamente necesario.

Para que un equipo se considere como equipo médico duradero, éste debe:

- resistir un uso repetido;
- servir principalmente para un propósito médico;
- no ser útil para personas que no están enfermas o lesionadas; y
- ser apropiado para el uso en su hogar.

Nota: Los suministros necesarios para el empleo eficiente del equipo, incluyendo aquellos medicamentos y preparaciones biológicas necesarias para obtener el beneficio

terapéutico, también están cubiertos bajo éste beneficio.

Exámenes de diagnóstico

Usted tiene cobertura para exámenes de laboratorio, rayos X (incluyendo servicios de diagnóstico con rayos X portátiles, recibidos en su hogar o en otro lugar) y otros exámenes de diagnóstico que ordene un médico de la red, para evaluar sus problemas médicos.

Hogar de convalecientes con servicio de enfermeros/as calificados/as

Beneficio de hogar de convalecientes con servicio de enfermeros/as calificados/as

- Hasta 100 días en cada período de beneficio (no se requiere estadía previa en el hospital).
- Después que usted haya agotado sus días como paciente interno, algunos servicios médicos continuarán teniendo cobertura, por ejemplo:
 - visitas médicas;
 - visitas clínicas;
 - prótesis;
 - nutrición parenteral total; y
 - terapia física y servicios de diagnóstico.

Nota: Si el día de entrada en vigor de su cobertura, usted es paciente interno en un hogar de convalecientes con servicio de enfermeros/as calificados/as, su cobertura se reducirá en el número de días que usted haya usado a través de Medicare o de otro Plan de Medicare+Choice durante ese período de beneficio.

Principales servicios como paciente interno

- Habitación semi-privada, alimentación y servicios generales de enfermería.
- Servicios de rehabilitación, tales como la terapia física.
- Terapia ocupacional y terapia del habla.
- Medicamentos.
- Transfusiones de sangre.
- Suministros médicos, tales como entablillados y yesos.
- Uso de dispositivos o equipo médico, como por ejemplo, una silla de ruedas.
- Rayos X y radioterapia.

Condiciones para la atención en los hogares de convalecientes con servicio de enfermeros/as calificados/as

Usted es elegible para los beneficios descritos siempre y cuando se cumplan todas las siguientes condiciones:

- Un médico de la red certifica que usted necesita y que realmente recibe a diario cuidados de enfermeros/as calificados/as o rehabilitación calificada; y
- Estos servicios, por cuestiones prácticas, solamente puede proporcionarlos un hogar de convalecientes con servicio de enfermeros/as calificados/as; y
- El hogar de convalecientes con servicio de enfermeros/as calificados/as está certificado por Medicare o es una sección separada en un centro médico y esa sección separada está certificada por Medicare como hogar de convalecientes con servicio de enfermeros/as calificados/as; y
- La atención proporcionada cumple con los criterios de calificación.

Los servicios del hogar de convalecientes con servicio de enfermeros/as calificados/as no están cubiertos si:

- Los servicios de rehabilitación o la atención de enfermeros profesionales se requiere solo ocasionalmente; o
- La estadía como paciente interno no es necesaria para recibir los servicios profesionales de rehabilitación requeridos; o
- Los servicios de rehabilitación ya no mejoran una condición o pueden ser llevados a cabo por alguien distinto al terapeuta profesional;
- La atención es de tipo custodia.

Implantes Cocleares

Cobertura para implantes cocleares los cuales son dispositivos y no órganos, cuando se cumple con las pautas de Medicare.

Podiatría

Usted tiene cobertura para el cuidado médicamente necesario de los pies, asociado con una enfermedad que afecte las extremidades inferiores, como por ejemplo diabetes severa o enfermedad vascular

periférica, que requiera atención de un podiatra o un médico.

Nota: Ver también la sección sobre “Beneficios Adicionales” para obtener una descripción adicional de cobertura de podiatría.

Quimioterapia

Usted está cubierto para quimioterapia cubierta por Medicare y aprobada por la FDA.

Reconstrucción del seno

Reconstrucción del tejido afectado del seno, y del seno del lado opuesto para lograr la simetría, después de una mastectomía médicamente necesaria.

Servicios de ambulancia

Usted tiene cobertura para transporte en ambulancia si al transportarse de otra manera pone en peligro su salud cuando usted requiera:

- Atención de emergencia; o
- Transporte médicamente necesario (según lo determinado por su médico de atención primaria o por el médico tratante).

Si usted está recibiendo diálisis de riñón, puede ser elegible para transporte de no-emergencia en ambulancia al centro médico adecuado de diálisis más cercano, si es médicamente necesario y si obtiene una orden escrita de su médico de atención primaria o de su médico tratante.

Este transporte debe ser proporcionado por una compañía de ambulancia autorizada.

Nota: No está cubierto el costo de ambulancia aérea que exceda la suma pagadera por ambulancia terrestre cuando esta última hubiera sido suficiente.

Servicios de rehabilitación

Servicios integrales en centros de rehabilitación para pacientes externos

Servicios médicos y de rehabilitación física, del habla, ocupacional y cardíaca, en un centro médico aprobado por Medicare para rehabilitación de pacientes externos. El referido

al centro debe ser emitido por su médico de atención primaria, quien certifica que usted requiere servicios de rehabilitación. (Ver también “Principales servicios en el hospital como paciente externo” y “Atención médica”).

Servicios Dermatológicos

Usted tiene cobertura para la eliminación médicamente necesaria, por cualquier método (incluyendo el láser), de todas las lesiones benignas o premalignas (por ejemplo queratosis actínica), distintas de acrocordones o lesiones cutáneas vasculares proliferativas.

Servicios para el cuidado de la vista

Usted tiene cobertura de los beneficios de la vista cubiertos por Medicare que incluyan lo siguiente:

- Un par de espejuelos o lentes de contacto después de cada cirugía de catarata;
- Evaluación anual de glaucoma si usted es considerado como una persona con alto riesgo de glaucoma.
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades y desórdenes de los ojos.

Servicios relacionados con farmacodependencia (abuso de alcohol y de sustancias)

Usted está cubierto para todos los servicios médicamente necesarios relacionados con el tratamiento, como paciente interno o externo, de la dependencia del alcohol y las drogas.

Trasplantes

(Nota: Todos los trasplantes requieren autorización previa)

Servicios de trasplante cubiertos para: Trasplantes de médula ósea y/o trasplante periférico de células madre (stem cell), corazón, riñón, corazón-pulmón, intestino, hígado, pulmón y páncreas:

- Servicios de centros para la preparación de su trasplante incluyendo los servicios de laboratorio y otras pruebas para evaluar su condición médica.
- Servicios de centros médicos cuando usted es admitido para el trasplante.
- Servicios médicos para llevar a cabo el trasplante, incluyendo el procedimiento

quirúrgico, atención pre-operatorio y la atención de seguimiento.

- Los cargos por medicamentos inmunosupresores, según las indicaciones aprobadas por la FDA, solamente cuando se obtienen en farmacias de la red.
- Costos de adquisición del órgano.
- Servicios de laboratorio y otras pruebas para evaluar la condición médica de los donantes potenciales.
- Atención médica para la persona donante del órgano para su trasplante, incluyendo preparación razonable, gastos de operación y post-operatorios de recuperación, relacionados con la donación.
- Cualquier atención hospitalaria adicional que su donante requiera si se presenta una complicación como resultado directo del trasplante, incluyendo la atención preoperatoria, el procedimiento y los cuidados de seguimiento.
- Los costos de la obtención de la médula ósea o el periférico de células madre “stem cell” adecuados.

Criterios para los trasplantes

Criterios para un trasplante de médula ósea / trasplante periférico de células madre (stem cell)

Usted es elegible para un trasplante de médula ósea o para un trasplante periférico de células madre (stem cell) en el caso de las siguientes condiciones de salud:

- Los trasplantes alogénicos de médula ósea/trasplante periférico de células madre (stem cell) (por ejemplo el adquirido de un donador compatible) están cubiertos solamente para el tratamiento de:
 - Leucemia, leucemia en remisión o anemia aplásica cuando es médicamente razonable y necesario que usted reciba esta terapia; o
 - Enfermedad de inmunodeficiencia severa combinada (SCID); o
 - Síndrome de Wiskott-Aldrich.
- El trasplante autólogo alogénico de médula ósea /trasplante periférico de células madre (stem cell) (por ejemplo el adquirido a través de una auto-donación previa) está cubierto solamente para el tratamiento de:

- Leucemia aguda en remisión cuando existe una alta probabilidad de recidiva y no hay donante compatible de HLA (Antígeno Humano Leucocitario); o
- Linfomas resistentes a no Hodgkin's o aquellos que presentan características de pronóstico pobre después de una respuesta inicial; o
- Neuroblastoma recurrente o refractario; o
- Enfermedad de Hodgkin's avanzada cuando la terapia convencional ha fallado y hay donante compatible con Antígeno Humano Leucocitario (HLA); o
- Mieloma múltiple para personas de 78 años de edad o menos, a quienes se les ha diagnosticado recientemente Durie-Salmon en la etapa II o III o mieloma múltiple sensible, y una adecuada función cardíaca, renal, pulmonar y hepática.

Nuestro requisito es que:

- El trasplante sea efectuado en un centro que haya sido aprobado por Humana para el trasplante de médula ósea / trasplante periférico de células madre (stem cell).

Criterios para un trasplante de corazón

Usted es elegible para los servicios de trasplante de corazón si cumple todos los requerimientos siguientes:

Los requisitos del centro médico de trasplantes para la selección del paciente incluyen:

- Necesidad médica y una probabilidad razonable de éxito; y
- Pronóstico cardíaco pobre, pero por lo demás buen pronóstico; y
- Que se hayan ensayado o considerado otras terapias; y
- Que la adhesión a largo plazo al régimen médico sea realista; y
- Que no existan factores médicos adversos en un grado que reduzca la probabilidad de éxito del trasplante.

Nuestro requisito es que:

- El trasplante sea efectuado en un centro médico que haya sido aprobado por Medicare y Humana para trasplantes de corazón.

Criterios para un trasplante de corazón-pulmón

Usted es elegible para los servicios de trasplante de corazón-pulmón si cumple con todos los requisitos siguientes:

Los requisitos del centro médico de trasplantes para la selección del paciente incluyen:

- enfermedad terminal pulmonar o cardiopulmonar irreversible, progresivamente incapacitante; y
- Que las terapias médica y quirúrgica hayan demostrado ser ineficaces o que no se tengan disponibles; y
- Que el perfil sea psicológicamente aceptable, incluyendo la capacidad para comprender las implicaciones clínicas del trasplante, y
- Que no existan factores médicos adversos en un grado que reduzca la probabilidad de éxito del trasplante.

Nuestro requisito es que:

- El trasplante se efectúe en un centro médico que haya sido aprobado por Medicare y Humana para trasplantes de corazón-pulmón.

Criterios para un trasplante intestinal

Usted es elegible para los servicios de trasplante intestinal para el restablecimiento de la función intestinal para las siguientes condiciones:

- Falla intestinal irreversible definida como la pérdida de la capacidad de absorción del intestino menor, secundaria a una enfermedad gastrointestinal primaria severa o síndrome de intestino corto quirúrgicamente inducido;
- Falla en la nutrición parenteral total (RPN).

Nuestro requisito es que:

- El trasplante sea efectuado en un centro médico que haya sido aprobado por Medicare y Humana para trasplante intestinal.

Criterios para el trasplante de riñón

Usted es elegible para los servicios de trasplante de riñón si cumple todos los requerimientos siguientes:

Los requisitos del centro médico de trasplantes para la selección del paciente incluyen:

- Enfermedad renal en su etapa final (ESRD) según lo establecido por los resultados de laboratorio o diálisis.
- El paciente es un candidato adecuado.

Nuestro requisito es que:

- El trasplante sea efectuado en un centro médico que haya sido aprobado por Medicare y Humana para trasplantes de riñón.

Criterios para un trasplante de hígado

Usted es elegible para los servicios de trasplante de hígado si cumple todos los requisitos siguientes:

Los requisitos del centro médico de trasplantes para la selección del paciente incluyen:

- Un diagnóstico distinto a malignidad (excepto carcinoma hepatocelular);
- Un diagnóstico de carcinoma hepatocelular cuando se cumplen las siguientes condiciones:
 - Usted no es un candidato para resección subtotal de hígado;
 - El diámetro del tumor o tumores es de 5 cm o menos;
 - No existe compromiso macrovascular; y
 - No existe extensión extrahepática identificable del tumor hacia los nódulos linfáticos circundantes, hacia los pulmones, órganos abdominales o hueso;
- Necesidad crítica;
- Posibilidad de éxito;
- Una esperanza de vida inferior a 12 meses sin el trasplante;
- Ninguna alternativa médica o quirúrgica al trasplante;
- En los casos de cirrosis alcohólica, prueba de apoyo social suficiente; y
- Que la adhesión a largo plazo al régimen médico sea realista; y

- Que no existan factores médicos adversos en un grado que reduzca la probabilidad de éxito del trasplante.

Nuestro requisito es que:

- El trasplante sea efectuado en un centro médico que haya sido aprobado por Medicare y Humana para trasplantes de hígado.

Criterios para un trasplante de pulmón

Usted es elegible para los servicios de trasplante de pulmón si cumple todos los requisitos siguientes:

Los requisitos del centro médico de trasplantes para la selección del paciente incluyen:

- Enfermedad terminal pulmonar o cardiopulmonar irreversible, progresivamente incapacitante; y
- Que las terapias médica y quirúrgica hayan demostrado ser ineficaces o que no estén disponibles; y
- Perfil psicológicamente aceptable incluyendo la capacidad para comprender las implicaciones clínicas del trasplante, y
- Que no existan factores médicos adversos en un grado que reduzca la probabilidad de éxito del trasplante, y
- Que se hayan intentado o considerado otras terapias; y
- Que la adhesión a largo plazo al régimen médico sea realista.

Nuestro requisito es que:

- El trasplante sea efectuado en un centro médico que haya sido aprobado por Medicare y Humana para trasplantes de pulmón.

Criterios para un trasplante de páncreas

Usted es elegible para los servicios de trasplante de páncreas si cumple todos los requisitos siguientes:

Los requisitos del centro médico de trasplantes para la selección del paciente incluyen:

- Que el trasplante se lleve a cabo conjuntamente con un trasplante de riñón o después de un trasplante de riñón; y
- Que se haya demostrado diabetes Tipo 1.

Nuestro requisito es que:

- El trasplante sea efectuado en un centro médico que haya sido aprobado por Humana para trasplantes de páncreas.

Criterios para el trasplante simultáneo de páncreas y riñón

- Que también se hayan cumplido todas las condiciones para trasplante de riñón.

Trasplantes y servicios no cubiertos:

- Trasplante alogénico de médula ósea / trasplante periférico de células madre (stem cell) para mieloma múltiple.
- Trasplante autólogo de médula ósea / trasplante periférico de células madre (stem cell) para anemia aguda no en remisión, leucemia granulocítica crónica, tumor sólido (distinto de neuroblastoma y seno) amiloidosis no primaria o para amiloidosis primaria (AL) para personas de 64 años o mayores.
- Trasplante de hígado para cáncer metastásico de hígado.
- Trasplante de páncreas para pacientes diabéticos que no presenten una falla renal en su etapa final o para el trasplante parcial de tejido pancreático o isletas de Langerhans o para trasplantes de páncreas que no se hacen después de un trasplante de riñón.
- Trasplante de órganos no – humanos.
- Trasplante de isletas de Langerhans.
- Trasplante de estómago.
- Trasplante de timo.
- Trasplante de pituitaria.
- Cualquier trasplante, excepto como se describe.

- Un dispositivo de ayuda ventricular (VAD) utilizado como un corazón artificial, ya que no existe evidencia bien documentada que sustente la seguridad y efectividad de un VAD utilizado como reemplazo del corazón humano.
- Un dispositivo de ayuda ventricular (VAD) utilizado como puente para trasplante, a menos que se cumpla con **todos** los siguientes criterios:
 - Que el VAD sea utilizado de conformidad con las instrucciones de rotulado aprobadas por la FDA (por ejemplo, utilizado como ayuda temporal mecánico-circulatoria para candidatos aprobados para trasplante, como puente para el trasplante cardíaco); y
 - Que el paciente sea aprobado y esté en la lista de candidatos para trasplante de corazón en un centro de trasplante de corazón aprobado por Medicare y Humana, y
 - Que el VAD sea implantado en un centro para trasplantes de corazón aprobado por Medicare y Humana y a un paciente que esté en la lista de ese centro.
- Los gastos de transporte al centro en el que se llevará a cabo el trasplante.
- Los costos de alojamiento para los miembros de la familia que lo acompañen.

Trasplantes de córnea

Cobertura para trasplantes de córnea médicamente necesarios y médicamente apropiados. (NOTA: Los trasplantes de córnea no requieren autorización previa por parte del plan).

BENEFICIOS ADICIONALES PARA EL AÑO CALENDARIO 2002

Los beneficios que se describen más abajo son adicionales a los beneficios cubiertos por Medicare que nosotros proporcionamos y están disponibles a partir de Enero 1, o de la fecha de entrada en vigor de su inscripción, sujetos a las limitaciones, exclusiones y costos indicados.

Usted puede auto-referirse a un proveedor de la red para los siguientes beneficios adicionales: beneficios de podiatría (de rutina).

Revista *Active Outlook*® de Humana

Esta revista a todo color contiene artículos que fomentan un estilo de vida activa y saludable. Los lectores obtienen información clara y fácil de entender sobre temas de salud, consejos de nutrición, formas de hacer ejercicio que realmente funcionan, actualizaciones sobre las actividades de la comunidad y respuestas a preguntas frecuentes.

Beneficio de podiatría (rutina)

Descripción del cubrimiento

Se proveen los siguientes servicios hasta dos veces por año calendario:

- Tratamiento de pies planos u otra desalineación estructural de los pies;
- Eliminación de callos;
- Eliminación de verrugas; y
- Medidas higiénicas.

Exclusiones y limitaciones

No se proveen beneficios por:

- Más de dos visitas por año para cuidado de rutina de los pies, a menos que el cuidado esté asociado con una enfermedad que afecte a las extremidades inferiores, tal como diabetes severa o enfermedad vascular periférica, que requiera la atención de un podiatra o de un médico.

Beneficio de medicamentos recetados

Definiciones

- **Año calendario** es el período de 12 meses consecutivos que comienza en enero 1 y termina en diciembre 31.
- **Autorización previa** significa la aprobación previa requerida que nosotros damos para la cobertura de los medicamentos recetados, incluyendo la dosis, la cantidad y la duración, según sea apropiado para su diagnóstico, edad y género. Para ciertos medicamentos recetados se puede requerir la autorización previa.
- **Coaseguro** es el porcentaje del costo de una prescripción o de la repetición de la prescripción, que usted tiene que pagar por cada medicamento recetado cubierto cuando es despachado por una farmacia de la red o a través de nuestra farmacia de pedidos por correo.
- **Cuota** es la cantidad fija que usted paga del costo de cada prescripción o repetición de la prescripción cubierta cuando es despachada por una farmacia de la red o a través de nuestra farmacia de pedidos por correo.

Beneficio de medicamentos recetados - continuación

- **Dosis unitaria** significa cualquier medicamento que se suministra en un empaque de una sola dosis.
- **Estándar nacional de precios** significa una compañía industrial reconocida, tal como First Databank, la cual clasifica los medicamentos como genéricos o de marca con base en; 1) el número de fabricantes, 2) la equivalencia biológica, y 3) la diferencia de precios entre los productos.
- **Farmaceuta** significa la persona autorizada para preparar, hacer compuestos y despachar medicamentos y cuya práctica está dentro del alcance de su licencia:
- **Farmacia** significa el establecimiento autorizado donde los medicamentos recetados son despachados por un farmaceuta.
- **Farmacia de la red** significa una farmacia que ha celebrado un contrato de servicio con su proveedor participante en la red o con nosotros.
- **Farmacia de pedidos por correo** significa un proveedor farmacéutico que nosotros designamos para despachar y entregar medicamentos recetados cubiertos a través del correo.
- **Farmacia no participante en la red** significa una farmacia que no ha celebrado un contrato de servicio con su proveedor participante en la red ni con nosotros.
- **Límite de despacho** significa la dosis mensual del medicamento y/o el número de meses usualmente necesario para el tratamiento de una condición en particular.
- **Medicamento de marca** es el medicamento clasificado por el estándar nacional de precios como medicamento de marca.
- **Medicamento genérico** es el medicamento clasificado por el estándar nacional de precios como medicamento genérico.
- **Medicamentos inyectables auto administrados** son los medicamentos aprobados por la FDA que usted mismo se puede administrar mediante una inyección intramuscular, intravenosa o subcutánea, excluyendo la insulina.
- **Prescripción** es la orden expedida por el médico para el despacho y uso de un medicamento. El medicamento debe ser obtenible únicamente por prescripción. La prescripción puede ser dada al farmaceuta de manera oral, electrónica o por escrito. La prescripción debe contener lo siguiente: (1) el nombre del miembro para el cual se expidió la prescripción; (2) el tipo y la cantidad del medicamento recetado y las instrucciones de uso; (3) la fecha en que se expidió la prescripción; y (4) el nombre y la dirección del médico que expide la prescripción.
- **Tarifa contratada** significa la tarifa que la farmacia de la red acordó aceptar por las medicinas cubiertas.

Descripción de la cobertura

Nosotros cubriremos los medicamentos recetados, sujeto a los límites de despacho y al cumplimiento del requisito de autorización previa hasta el beneficio máximo, cuando estos medicamentos son: (1) medicamento necesarios; (2) prescritos por un proveedor participante en la red para el tratamiento de una lesión o de una enfermedad que estén cubiertos; y (3) recibidos de una farmacia de la red o a través de nuestra farmacia de pedidos por correo. Usted debe presentar su tarjeta de Humana Gold Plus cada vez que le despachen una prescripción o una repetición de la prescripción.

Nota: Nosotros también cubriremos los medicamentos recetados por un proveedor no participante en la red y despachados por una farmacia que no sea de la red, cuando se trate de una emergencia.

Beneficio	Monto que usted paga por cada prescripción o repetición de la prescripción*:
-----------	--

	Provisión de 30 días como máximo despachada por una farmacia de la red o a través de nuestra farmacia de pedidos por correo	Provisión de 60 días como máximo despachada por nuestra farmacia de pedidos por correo	Provisión de 90 días como máximo despachada por nuestra farmacia de pedidos por correo
Medicinas genéricas	\$ 10	\$20	\$30
Medicinas de marca e insumos diabéticos cubiertos por Medicare	20% de nuestra tarifa contratada	20% de nuestra tarifa contratada	20% de nuestra tarifa contratada

*Si el cargo que la farmacia hace por el despacho es menor que la cuota correspondiente, usted solamente tendrá que pagar el monto menor.

Beneficio de medicamentos recetados - continuación

Medicamentos recetados cubiertos

- Las drogas, medicinas o medicamentos genéricos que de conformidad con la ley federal o estatal pueden ser despachados únicamente por prescripción médica. Se puede aplicar autorización previa y límites de despacho.
- Limitado a una provisión de 30 días como máximo, de acuerdo las dosis aprobadas por la FDA sin importar el embalaje del fabricante, por prescripción o repetición de la prescripción en una farmacia de ventas al detal;
- Limitado a una provisión de 90 días como máximo, con base en las dosis aprobadas por la FDA sin importar el embalaje del fabricante, por prescripción o repetición de la prescripción despachada en una farmacia de pedidos por correo. Los medicamentos inyectables auto-administrados están limitados a una provisión de 30 días como máximo, por prescripción o repetición de la prescripción despachada en una farmacia de pedidos por correo.
- Cubiertos por Medicare: (1) eritropitina para pacientes de diálisis; (2) ciertos medicamentos de uso oral contra el cáncer, recetados como agentes quimioterapéuticos contra el cáncer; (3) ciertos medicamentos de uso oral contra las náuseas cuando se usan conjuntamente con los medicamentos de uso oral contra el cáncer; (4) ciertas soluciones de inhalación que necesitan un nebulizador para su administración; (5) insumos diabéticos, es decir, monitores de glucosa, cintillas de prueba y lancetas; y (6) medicamentos inmunosupresores después de un trasplante aprobado por Medicare.

Exclusiones y limitaciones

No se proporciona cobertura para:

- Medicinas de marca, diferentes a las que están cubiertas por Medicare;
- Insulina;
- Anticonceptivos, fuera de los orales, ya sean medicamentos o dispositivos, a menos que sean médicamente necesarios;
- Dispositivos o aparatos terapéuticos, incluyendo los siguientes: agujas y jeringas hipodérmicas (excepto las agujas y jeringas que se usan con los medicamentos inyectables auto-administrados) indumentaria de soporte, reactivos de prueba, bombas mecánicas para el suministro de medicamentos y de otras sustancias no médicas;
- Medicamentos inyectables, incluyendo entre otros los siguientes: los agentes inmunizantes; suero biológico; extractos de alérgeno; medicamentos recetados para uso o administración intramuscular o intravenosa que no puedan ser auto-administrados son proporcionados como parte de sus beneficios médicos;
- Medicamentos inyectables auto-administrados no cubiertos por Medicare;
- Anoréxicos o cualquier medicamento usado con el propósito de controlar el peso;
- Cualquier servicio, suministro o terapia para eliminar o reducir una dependencia de o una adicción al tabaco o a los productos del tabaco, incluyendo entre otros los siguientes: terapias, programas, servicios y medicamentos para dejar el consumo de nicotina;
- Cristales y polvo de progesterona en cualquier forma de dosis compuesta;
- Suplementos dietéticos; productos nutricionales; suplementos de fluoruro y minerales;
- Hierbas, vitaminas, excepto las prenatales (incluyendo cantidades superiores a un miligramo de ácido fólico) y multivitaminas pediátricas con fluoruro;
- Cualquier medicamento utilizado con fines cosméticos;
- Medicamentos para la fertilidad;

Beneficio de medicamentos recetados - continuación

- Hormonas, medicamentos, drogas del crecimiento u hormonas para estimular el crecimiento;
- Cualquier droga, medicina o medicamento que sean consumidos o inyectados en el lugar donde el proveedor expide o despacha la prescripción, se proporciona como parte de sus beneficios médicos;
- Las medicinas que deban ser tomadas por usted o que le deban ser administradas, total o parcialmente, mientras usted esté como paciente en un hospital, en un hogar de convalecientes con servicio de enfermeros/as calificados/as, en un hospital de convalecientes, en un hospicio para pacientes internos o en otro centro donde las drogas son suministradas como parte de su cobertura como paciente interno;
- Cualquier droga, medicina o medicamento que tenga la etiqueta “Advertencia: limitado por la ley federal para uso en investigación”, o cualquier droga, medicina o medicamento experimental, aunque se le imponga un cargo a usted;
- Cualquier porción de una prescripción o repetición de una prescripción, que: exceda una provisión para 30 días (una provisión para 60 días o para 90 días para el programa de farmacia de pedidos por correo); que exceda nuestros límites específicos de despacho con base en la cantidad o duración o que sea despachada a un miembro cuya edad está por fuera de los límites de edad específicos para la droga definidos por nosotros;
- Cualquier medicamento recetado para una enfermedad o lesión no cubierta;
- La administración de medicinas cubiertas;
- Cualquier medicamento que usted reciba antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura o después de la fecha en que haya terminado su cobertura;
- Cualquier costo relacionado con el envío por correo, el despacho o la entrega de medicamentos recetados, a menos que usted esté utilizando nuestra farmacia de pedidos por correo la cual incluye el servicio de despacho en primera clase;
- Las prescripciones despachadas en una farmacia que no sea de la red, a excepción de las prescripciones que se requieren durante una emergencia;
- Más de una prescripción de la misma droga hasta que el miembro haya usado por lo menos el 75% de la prescripción, con base en el programa de dosis prescrito por el proveedor de la red o, si se recibe a través del programa de farmacia para órdenes por correo, hasta que haya usado por lo menos el 66% de la prescripción anterior.
- Implantes para el suministro de medicamentos;
- Esteroides anabólicos, a menos que sean médicamente necesarios;
- Cualquier droga prescrita para el tratamiento de la impotencia y/o la disfunción sexual, por ejemplo el Viagra.
- Abortivos (drogas utilizadas para inducir el aborto);
- Tratamiento para la onicomicosis (hongos en las uñas);
- Las prescripciones que de manera apropiada puedan recibirse sin costo bajo los programas locales, estatales o federales, incluyendo los de Indemnización por Accidentes de Trabajo;
- Cualquier droga o medicina que pueda obtenerse legalmente, sin necesidad de una receta médica con la excepción de insulina;

Beneficio de medicamentos recetados - continuación

- Cualquier medicamento que se suministra en un empaque de una sola dosis;
- Cualquier uso fraudulento o abuso de este beneficio, incluyendo los medicamentos adquiridos para ser utilizados por una persona diferente al miembro;
- Cualquier medicamento que nosotros hayamos determinado como un medicamento para el cual se requiere autorización previa y no se haya obtenido dicha autorización;
- Cualquier medicamento o sustancia biológica que haya recibido la designación de 'Orphan Drug' (drogas no aprobadas por la FDA para el mercado formal), a menos que sea aprobada por nosotros;
- Medicamentos que se ofrezcan en la misma concentración sin necesidad de receta médica;
- Provisión de 30 días como máximo por cuota, con base en las dosis aprobadas por la FDA, sin importar el embalaje del fabricante, por ejemplo, el suministro para 90 días de inhaladores pre-embalados requiere que usted efectúe el pago de 3 cuotas;
- Medicamentos compuestos en cualquier formulario de dosis;
- Cualquier medicamento que haya recibido recientemente la aprobación de la FDA, hasta que nosotros determinemos que debe ser agregado a nuestra Lista de Medicamentos.
- Prescripciones o repeticiones de medicamentos que se hayan perdido, robado, derramado, deteriorado o dañado;
- Cualquier reembolso o crédito de la cuota de una prescripción o del coaseguro después de que se haya despachado una prescripción, sin importar si la solicitud obedece a una reacción adversa o a un cambio en la dosis o en la prescripción.

EXCLUSIONES Y SERVICIOS GENERALES LIMITADOS O NO CUBIERTOS

Sus beneficios no incluyen lo siguiente, a menos que se especifique de otra manera:

Los **abortos** no son cubiertos excepto en el caso de violación, incesto o por razones médicas que pongan en peligro la vida de la paciente.

Los servicios de **acupuntura** no son cubiertos.

Las pruebas y tratamientos de **alergia a los alimentos** no son cubiertos.

Los **Cuidados de custodia/Atención en un hogar de convalecientes o de jubilados sin enfermeros/as calificados/as** no están cubiertos.

Los servicios de **cuidados de enfermero/a** que no están cubiertos incluyen:

- Cuidados de enfermero/a, de tiempo completo, en su hogar.
- Servicios de enfermero/a privado/a.

Los **ensayos clínicos** no están cubiertos bajo el plan Humana Gold Plus, pero están cubiertos bajo el Medicare Original. Si usted elige formar parte de un ensayo médico restringido, usted puede continuar recibiendo cualquier atención médica que no esté asociada con el ensayo clínico a través de Humana Gold Plus.

Los servicios de **hospicio** en un hospicio participante en Medicare no son cubiertos bajo el plan Humana Gold Plus, pero son cubiertos bajo Medicare.

Naturópata. Los servicios de Naturópata no están cubiertos.

Las **pelucas terapéuticas** no están cubiertas.

Procedimientos y suministros con fines experimentales/investigativos

No se da cobertura para lo siguiente:

- Procedimientos, medicamentos y suministros con fines

experimentales/investigativos, según lo determinado por Medicare; o

- Tratamientos investigativos en la Fase I y en la Fase II según lo descrito por el National Cancer Institute.

En ausencia de una política o de una determinación sobre cobertura nacional de Medicare, nosotros, a nuestra sola discreción, determinaremos si un tratamiento es con fines experimentales o investigativos.

Servicios

No se proporciona cobertura para:

- Los servicios prestados por los parientes inmediatos o por los miembros de su hogar.
- Los servicios por los cuales ni usted ni otra parte que obre en su representación tengan obligación legal de pagar.

Servicios para los cuales usted tiene otra cobertura

- Enfermedades asociadas con la prestación del servicio militar, de acuerdo con lo definido por la Administración de Veteranos, para las cuales usted recibe atención por parte de la Administración de Veteranos o que la Administración de Veteranos paga por usted. Si usted está cubierto por la Administración de Veteranos, usted puede elegir si hace uso de esos beneficios o de los beneficios de Humana Gold Plus. Sin embargo, Humana Gold Plus no pagará los servicios recibidos de la Administración de Veteranos.
- Los servicios cubiertos por otro programa del gobierno diferente a Medicare o Medicaid.
- Los servicios pagados por el seguro de indemnización por accidentes de trabajo, por el seguro de responsabilidad civil de automóviles, o por los planes de seguro de grupo del empleador, o por cualquier otro tipo de seguro. Humana Gold Plus se convertirá en el pagador secundario en

casos tales como el de la indemnización por accidentes de trabajo, responsabilidad civil de automóviles, o de otros tipos de seguro.

El **suicidio asistido** no es cubierto.

Los **servicios relacionados con la infertilidad** no están cubiertos para la reversión de procedimientos de esterilización, para la concepción por medios artificiales tales como fertilización in-vitro, transferencias intra falopio de cigoto y transferencias intra falopio de gameto (a menos que se definan como cubiertos); y los suministros y dispositivos anticonceptivos no prescritos. Sin embargo, los servicios médicamente necesarios, para el tratamiento de la infertilidad están cubiertos.

El **transporte** diferente al transporte en ambulancia (como se describió), no está cubierto.

Los **zapatos ortopédicos y terapéuticos** no están cubiertos a menos que formen parte de una pierna ortopédica o que sean para personas con una enfermedad diabética grave en el pie. Los aparatos ortopédicos y los insertos adaptados a la medida en los zapatos no están cubiertos, a menos que sean para personas con una enfermedad diabética grave en el pie.

RESUMEN DE LOS COSTOS A CARGO DEL MIEMBRO PARA EL AÑO CALENDARIO 2002

Entienda cuáles son sus costos

Usted puede recibir servicios como paciente externo en diferentes tipos de centros médicos.

El costo que usted paga de su propio bolsillo por concepto de la atención como paciente externo generalmente depende más del tipo de centro médico que usted utilice que del servicio o servicios en particular que usted recibe.

Solamente se cargará una cuota por cada visita al consultorio o centro de atención, sin importar el número de servicios que reciba durante la visita o los costos reales de los servicios recibidos. Pero si, por ejemplo, usted recibe atención en el consultorio de su médico de atención primaria y luego es referido a otro centro para recibir servicios adicionales, es posible que sea aplicable el pago de dos cuotas.

Por ejemplo, usted paga 20% del costo de la quimioterapia además del copago apropiado del centro médico.

Los montos por concepto de cuotas y coaseguro son pagaderos al proveedor participante en la red. Si el monto contratado por concepto del servicio es menor que el monto de la cuota, usted solamente deberá pagar el monto menor.

Recuerde que todos los servicios deben: (1) ser autorizados por su médico de atención primaria (a menos que se permita el auto-referido); o (2) calificar como servicios de emergencia o como atención urgentemente necesitada.

Beneficios, continuación.....

Recuerde que todos los servicios deben: (1) ser autorizados por su médico de atención primaria (a menos que se permita el auto-referido); o (2) calificar como servicios de emergencia o como atención urgentemente necesitada.

Prima Mensual del Plan**\$59****Beneficio****Sus costos**

Ambulancia	Usted paga \$75 por día de servicio.
Atención de la salud en el hogar (Servicio intermitente de enfermera profesional)	Usted paga una cuota de \$20 diarios a cada una de las entidades para la atención de la salud en el hogar de las que reciba servicios.
Atención en las instituciones religiosas para el cuidado no-médico de la salud (RNHCI)	Usted paga \$150 por día para el(los) día(s) 1 – 5 por admisión.
Atención en un hogar de convalecientes con servicio de enfermeros/as calificados/as (hasta 100 días por cada período de beneficio)	Usted paga \$75 por día hasta \$750 por año.
Atención siquiátrica (como paciente externo)	Usted paga: • Una cuota de \$20 por cada visita al consultorio del especialista. • Una cuota de \$25 por cada visita de hospitalización parcial.
Atención siquiátrica (como paciente interno) Nota: Su médico de atención primaria o el especialista de la red debe llamar al 1-800-523-0023 para autorizar las admisiones al hospital. No hay cobertura para hospitales que no sean de la red, excepto para atención de emergencia, atención urgentemente necesitada y servicios autorizados por Humana.	• Hospital participante en la red: Usted paga \$150 por día para el(los) día(s) 1 – 5 por admisión hasta \$1,500 por año. • Hospital no participante en la red dentro del área de servicio del proveedor: Usted paga \$150 por día para el(los) día(s) 1 – 5 por admisión para las admisiones de emergencia. Usted paga \$500 por día para el(los) día(s) 1 – 5 por admisión para las admisiones autorizadas que no sean de emergencia. • Hospital no participante en la red, fuera del área de servicio del proveedor: Usted paga \$150 por día para el(los) día(s) 1 – 5 por admisión.

Beneficios, continuación.....

Recuerde que todos los servicios deben: (1) ser autorizados por su médico de atención primaria (a menos que se permita el auto-referido); o (2) calificar como servicios de emergencia o como atención urgentemente necesitada.

Beneficio	Sus costos
Atención urgente	Usted paga \$25 por cada visita a un proveedor no participante en la red, para atención urgentemente necesitada. En la mayoría de los casos, la atención se recibirá fuera del área de servicio del proveedor del plan.
Cuidados preventivos	Usted no paga nada por este servicio. Nota: Será aplicable una cuota por visita o por centro médico. La cuota dependerá del sitio del servicio.
Diálisis de riñón	Usted no paga nada por este servicio. Nota: Es posible que sea aplicable una cuota por visita o por centro médico. La cuota dependerá del sitio del servicio.
Equipo médico duradero	Usted paga un coaseguro del 20%.*
Exámenes de diagnóstico, laboratorio y rayos X	Usted no paga nada por este servicio. Nota: Puede ser aplicable el pago de una cuota por visita al consultorio o al centro médico. La cuota dependerá del sitio del servicio.
Podiatría (de rutina)	Usted paga \$20 por cada visita. Límite de 2 visitas por año calendario. Consulte la descripción de “Beneficios adicionales” para obtener más detalles.
Prescripciones	Usted paga \$10 por cada medicina genérica recetada o por su repetición. Consulte la descripción de la cobertura del beneficio en la sección de “Beneficios Adicionales.”
Prótesis	Usted paga un coaseguro del 20%*
Quimioterapia	Usted paga coaseguro de 20% por este servicio.* Nota: Es posible que sea aplicable una cuota por visita o por centro médico. La cuota dependerá del sitio del servicio.

*El coaseguro está basado en el programa de tarifas de Medicare o en el monto contratado entre Humana y el Proveedor.

Beneficios, continuación.....

Recuerde que todos los servicios deben: (1) ser autorizados por su médico de atención primaria (a menos que se permita el auto-referido); o (2) calificar como servicios de emergencia o como atención urgentemente necesitada.

Beneficio	Sus costos
Rehabilitación (como paciente externo)	• Médico de atención primaria: Usted paga una cuota de \$10 por cada visita al consultorio. • Servicios integrales en centros de rehabilitación para pacientes externos: Usted paga una cuota de \$10 por cada visita. • Especialista: Usted paga una cuota de \$20 por cada visita al consultorio médico. • Hospital para pacientes externos o centro médico ambulatorio: Usted paga una cuota de \$75 por cada visita al consultorio médico. Nota: La cuota dependerá del lugar en el que se preste el servicio.
Sala de emergencias	• Usted paga una cuota de \$50 por cada visita. Nota: Usted no tiene que pagar la cuota por visita a la sala de emergencias cuando es admitido en el hospital dentro de las 24 horas siguientes a causa de la misma condición médica, o si usted está en un hospital fuera de los Estados Unidos.
Servicios como paciente externo en el hospital (Incluye los centros quirúrgicos ambulatorios y los centros médicos ambulatorios)	Usted para una cuota al centro médico de \$75 por cada visita.
Servicios como paciente interno en el hospital Nota: Su médico de atención primaria o el especialista de la red debe llamar al 1-800-523-0023 para autorizar las admisiones al hospital. No hay cobertura para hospitales que no sean de la red, excepto para atención de emergencia, atención urgentemente necesitada y servicios autorizados por Humana.	• Hospital participante en la red: Usted paga \$150 por día para el(los) día(s) 1 – 5 por admisión hasta \$1,500 por año. • Hospital no participante en la red dentro del área de servicio del proveedor: Usted paga \$150 por día para el(los) día(s) 1 – 5 por admisión para las admisiones de emergencia. Usted paga \$500 por día para el(los) día(s) 1 – 5 por admisión para las admisiones autorizadas que no sean de emergencia. • Hospital no participante en la red, fuera del área de servicio del proveedor: Usted paga \$150 por día para el(los) día(s) 1 – 5 por admisión.

Beneficios, continuación.....

Recuerde que todos los servicios deben: (1) ser autorizados por su médico de atención primaria (a menos que se permita el auto-referido); o (2) calificar como servicios de emergencia o como atención urgentemente necesitada.

Beneficio	Sus costos
Servicios de médico	• Médico de atención primaria: Usted paga una cuota de \$10 por cada visita al consultorio de su médico de atención primaria. • Especialista: Usted paga una cuota de \$20 por cada visita al consultorio del especialista.
Servicios relacionados con farmacodependencia (abuso de sustancias – paciente interno) Nota: Su médico de atención primaria o el especialista de la red debe llamar al 1-800-523-0023 para autorizar las admisiones al hospital. No hay cobertura para hospitales que no sean de la red, excepto para atención de emergencia, atención urgentemente necesitada y servicios autorizados por Humana.	• Hospital participante en la red: Usted paga \$150 por día para el(los) día(s) 1 – 5 por admisión hasta \$1,500 por año. • Hospital no participante en la red dentro del área de servicio del proveedor: Usted paga \$150 por día para el(los) día(s) 1 – 5 por admisión para las admisiones de emergencia. Usted paga \$500 por día para el(los) día(s) 1 – 5 por admisión para las admisiones autorizadas que no sean de emergencia. • Hospital no participante en la red, fuera del área de servicio del proveedor: Usted paga \$150 por día para el(los) día(s) 1 – 5 por admisión.
Servicios relacionados con farmacodependencia (abuso de sustancias – paciente externo)	Usted paga \$20 por visita.



HUMANA®

Humana Inc.

PO Box 70329

Louisville, KY 40270-0329

Presorted Standard
U.S. Postage
Paid
Louisville, KY
Permit No. 317



EOC-CHCO-V (02)SP