



Humana Healthy Horizons in Florida Member Handbook

Plan year 2022

Effective date: 10/01/2022

“If you do not speak English, call us at 800-477-6931 (TTY: 711). We have access to interpreter services and can help answer your questions in your language. We can also help you find a health care provider who can talk with you in your language.”

Spanish: Si usted no habla inglés, llámenos al 800-477-6931 (TTY: 711). Ofrecemos servicios de interpretación y podemos ayudarle a responder preguntas en su idioma. También podemos ayudarle a encontrar un proveedor de salud que pueda comunicarse con usted en su idioma.

French: Si vous ne parlez pas anglais, appelez-nous au 800-477-6931 (ATS: 711). Nous avons accès à des services d’interprétariat pour vous aider à répondre aux questions dans votre langue. Nous pouvons également vous aider à trouver un prestataire de soins de santé qui peut communiquer avec vous dans votre langue.

Haitian Creole: Si ou pa pale lang Anglè, rele nou nan 800-477-6931 (TTY: 711). Nou ka jwenn sèvis entèprèt pou ou, epitou nou kapab ede reponn kesyon ou yo nan lang ou pale a. Nou kapab ede ou jwenn yon pwofesyonèl swen sante ki kapab kominike avèk ou nan lang ou pale a.”

Italian: “Se non parli inglese chiamaci al 800-477-6931 (TTY: 711). Disponiamo di servizi di interpretariato e siamo in grado di rispondere alle tue domande nella tua lingua. Possiamo anche aiutarti a trovare un fornitore di servizi sanitari che parli la tua lingua.”

Russian: «Если вы не разговариваете по-английски, позвоните нам по номеру 800-477-6931 (TTY: 711). У нас есть возможность воспользоваться услугами переводчика, и мы поможем вам получить ответы на вопросы на вашем родном языке. Кроме того, мы можем оказать вам помощь в поиске поставщика медицинских услуг, который может общаться с вами на вашем родном языке».

Vietnamese: “Nếu bạn không nói được tiếng Anh, hãy gọi cho chúng tôi theo số 800-477-6931 (TTY: 711). Chúng tôi có quyền truy cập vào các dịch vụ thông dịch viên và có thể giúp trả lời các câu hỏi của bạn bằng ngôn ngữ của bạn. Chúng tôi cũng có thể giúp bạn tìm một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có thể nói chuyện với bạn bằng ngôn ngữ của bạn.”

Humana Healthy Horizons in Florida is a Medicaid product of Humana Medical Plan, Inc.

Important Contact Information

Member Services Help Line	800-477-6931	Available 24 hours
Member Services Help Line TTY	TTY: 711	Available 24 hours
Website	www.Humana.com/FLMedicaid	
Address	3501 SW 160 AVE Miramar, FL 33027	

Transportation Services: Non-Emergency	ModivCare 866-779-0565
Humana LTC Member Services	888-998-7732
Humana Clinical Case Management	800-393-8858
Behavioral Health	888-778-4651
Dental	Contact your case manager directly or at 800-477-6931 for help with arranging these services.
Over the counter (OTC) Program	CenterWell Pharmacy™ 800-526-1490
Hearing	Hear USA 877-664-9353
Vision	Statewide Optometry/Routine Vision iCare Health Solutions 855-373-7627 https://MyiCarehealth.com/ To find an ophthalmology provider, call Humana Customer Care at 800-477-6931 (TTY: 711), Monday – Friday, 8 a.m. – 8 p.m., Eastern time or visit Humana.com/FloridaDocuments to view the provider directory for your area.
To report suspected cases of abuse, neglect, abandonment, or exploitation of children or vulnerable adults	800-96-ABUSE (800-962-2873) TTY: 711 or 800-955-8771 http://www.myflfamilies.com/service-programs/abuse-hotline

For Medicaid Eligibility	866-762-2237 TTY: 711 or 800-955-8771 http://www.myflfamilies.com/service-programs/access-florida-food-medical-assistance-cash/medicaid
To report Medicaid Fraud and/or Abuse.	888-419-3456 https://apps.ahca.myflorida.com/mpi-complaintform/
To file a complaint about a health care facility	888-419-3450 http://ahca.myflorida.com/MCHQ/Field_Ops/CAU.shtml
To request a Medicaid Fair Hearing	877-254-1055 239-338-2642 (fax) MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com
To file a complaint about Medicaid services	877-254-1055 TDD: 866-467-4970 http://ahca.myflorida.com/Medicaid/complaints/
To find information for elders	800-96-ELDER (800-963-5337) http://www.elderaffairs.org/doea/arc.php
To find out information about domestic violence	800-799-7233 TTY: 800-787-3224 http://www.thehotline.org/
To find information about health facilities in Florida	http://www.floridahealthfinder.gov/index.html
To find information about urgent care	You may talk to a nurse, 24 hours a day, by calling Member Services at 800-477-6931 (TTY: 711)
For an emergency	9-1-1 Or go to the nearest emergency room
Nurse Advice Line	You may talk to a nurse, 24 hours a day, by calling Member Services at 800-477-6931 (TTY: 711)

Table of Contents

Section 1:	
Your Plan Identification Card (ID Card)	9
Section 2:	
Your Privacy	10
Section 3:	
Getting Help from Our Member Services	14
Section 4:	
Do You Need Help Communicating?	14
Section 5:	
When Your Information Changes	14
Section 6:	
Your Medicaid Eligibility	15
Section 7:	
Initial Enrollment	16
Open Enrollment Period	16
Enrollment in the SMMC Long-Term Care Program	16
Section 8:	
Leaving Our Plan (Disenrollment)	18
Section 9:	
Managing Your Care	19
Section 10:	
Accessing Services	20
Providers in Our Plan	20
Providers Not in Our Plan	21
When We Pay for Your Dental Services	21
What Do I Have To Pay For?	22
Services for Children	22
Services Covered by the Medicaid Fee-for-service Delivery System, Not Covered Through Humana Healthy Horizons	22
Moral or Religious Objections	23
Section 11:	
Helpful Information About Your Benefits	23
Choosing a Primary Care Provider (PCP)	23
Choosing a PCP for Your Child	23
Specialist Care and Referrals	23
Second Opinions	24

Urgent Care	24
Hospital Care	24
Emergency Care	24
Filling Prescriptions	25
Specialty Pharmacy Information.	25
Behavioral Health Services	25
Humana Healthy Horizons™ in Florida Healthy Behaviors Program	26
Disease Management Programs	30
Quality Enhancement Programs	32
Section 12:	
Your Plan Benefits: Managed Medical Assistance Services.	33
Your Plan Benefits: Expanded Benefits	47
Section 13:	
Long-Term Care Program Helpful Information	53
Starting Services	53
Developing a Plan of Care	54
Updating your Plan of Care	55
Your Back-Up Plan	55
Section 14:	
Your Plan Benefits: Long-Term Care Services	55
Long-Term Care Participant Direction Option.	60
Your Plan Benefits: LTC Expanded Benefits	60
Section 15:	
Member Satisfaction.	65
Complaints, Grievances, and Plan Appeals	65
Online Grievance or Appeal form	66
Fast Plan Appeal	67
Medicaid Fair Hearings (for Medicaid Members)	67
Review by the State (for MediKids Members)	68
Continuation of Benefits for Medicaid Members.	68
Section 16:	
Your Member Rights.	69
Section 17:	
Your Member Responsibilities	70
Section 18:	
Other Important Information	70

Patient Responsibility	71
Emergency Disaster Plan	71
Fraud/Abuse/Overpayment in the Medicaid Program	72
Abuse/Neglect/Exploitation of People	71
Advance Directives	71
Getting More Information	72
Section 19:	
Florida Healthfinder.gov	72
Elder Housing Unit	73
MediKids Information	73
Aging and Disability Resource Center	73
Independent Consumer Support Program	73
Section 20:	
Forms	74

Welcome to Humana Healthy Horizons Statewide Medicaid Managed Care Plan

Humana Healthy Horizons has a contract with the Florida Agency for Health Care Administration (Agency) to provide health care services to people with Medicaid. This is called the **Statewide Medicaid Managed Care (SMMC) Program**. You are enrolled in our SMMC plan. This means we will offer you Medicaid services. We work with a group of health care providers to help meet your needs.

There are many types of Medicaid services you can receive in the SMMC program. You can receive medical services, like doctor visits, labs, and emergency care, from a **Managed Medical Assistance (MMA)** plan. If you are an elder or adult with disabilities, you can receive nursing facility and home and community-based services in a **Long-Term Care (LTC)** plan. If you have a certain health condition, like AIDS, you can receive care that is designed to meet your needs in a **Specialty** plan.

If your child is enrolled in the Florida KidCare **MediKids** program, most of the information in this handbook applies to you. We will let you know if something does not apply.

This handbook will be your guide for all health care services available to you. You can ask us any questions or get help making appointments. If you need to speak with us, just call us at 800-477-6931 (TTY: 711).

Section 1: Your Plan Identification Card (ID card)

You should have received your ID card in the mail. Call us if you have not received your card or if the information on your card is wrong. Each member of your family in our plan should have their own ID card.

Always carry your ID card and show it each time you go to a health care appointment or the hospital. Never give your ID card to anyone else to use. If your card is lost or stolen, call us so we can give you a new card.

Your ID card will look like this:

If you are enrolled in the Humana Healthy Horizons Medical Plan your ID card will look like:

Humana | Healthy Horizons™ in Florida
 A Medicaid product of Humana Medical Plan, Inc.
Medical Plan
MEMBER NAME
Member ID: HXXXXXXXXX
 Medicaid ID#: XXXXXXXX Group #: XXXXXXX
 Date of Birth: XX/XX/XX RxBIN: 610649
 Effective Date: XX/XX/XX RxPCN: 03190000
 PCP Name: XXXXXXXXX
 PCP Phone: (XXX) XXX-XXXX
 Primary Care Address: XXXXXXXXXXXXX

Member/Provider Service: 1-800-477-6931
 Member Behavioral Health Inquiries: 1-888-778-4651
 Pharmacist Rx Inquiries: 1-800-865-8715
 Provider Prior Authorization: 1-800-523-0023
 Dental Benefit Inquiries: 1-877-711-3662
 Please visit us at Humana.com/HealthyFlorida
For online provider services, go to Availity.com
 Please mail all claims to:
Humana Medical
P.O. Box 14601
Lexington, KY 40512-4601

If you are enrolled in the Humana Healthy Horizons Long-Term Care Plan your ID card will look like:

Humana | Healthy Horizons™ in Florida
 A Medicaid product of Humana Medical Plan, Inc.
Long-Term Care Plan
MEMBER NAME
Member ID: HXXXXXXXXX
 Medicaid ID: XXXXXXXXXXXX
 Group #: XXXXXXX

Member Long-Term Care Inquiries: 1-888-998-7732
 Provider Long-Term Care Inquiries: 1-888-998-7735
 Please visit us at Humana.com/HealthyFlorida
For online provider services, go to Availity.com
 For Participating and Non-Participating Providers Send Claims to:
Humana Long-Term Care
P.O. Box 14732
Lexington, KY 40512-4732

If you are both a Humana Medical & Long-Term Care Plan member your ID will look like:

Humana | Healthy Horizons™ in Florida
 A Medicaid product of Humana Medical Plan, Inc.
Comprehensive Plan
MEMBER NAME
Member ID: HXXXXXXXXX
 Medicaid ID#: XXXXXXXX Group #: XXXXXXX
 Date of Birth: XX/XX/XX RxBIN: 610649
 Effective Date: XX/XX/XX RxPCN: 03190000
 PCP Name: XXXXXXXXX
 PCP Phone: (XXX) XXX-XXXX
 Primary Care Address: XXXXXXXXXXXXX

Member/Provider Service: 1-888-998-7732
 Member Behavioral Health Inquiries: 1-888-778-4651
 Pharmacist Rx Inquiries: 1-800-865-8715
 Provider Prior Authorization: 1-800-523-0023
 Provider Long-Term Care Inquiries: 1-888-998-7735
 Dental Benefit Inquiries: 1-877-711-3662
 Please visit us at Humana.com/HealthyFlorida
For online provider services, go to Availity.com
 Please mail all claims to:
Managed Medical Assistance Long-Term Care
Humana Medical Humana Long Term Care
P.O. Box 14601 P.O. Box 14732
Lexington, KY 40512-4601 Lexington, KY 40512-4732

Section 2: Your Privacy

Your privacy is important to us. You have rights when it comes to protecting your health information, such as your name, Plan identification number, race, ethnicity, language, gender, sexual orientation, and other things that identify you. We will not share any health information about you that is not allowed by law.

If you have any questions, call Member Services. Our privacy policies and protections are:

We reserve the right to change our privacy practices and the terms of this notice at any time, as allowed by law. This includes the right to make changes in our privacy practices and the revised terms of our notice effective for all personal and health information we maintain. This includes information we created or received before we made the changes. When we make a significant change in our privacy practices, we will change this notice and send the notice to our health plan subscribers.

What is personal and health information?

Personal and health information - from now on referred to as “information” - includes both medical information and individually identifiable information, like your name, address, telephone number, or Social Security number. The term “information” in this notice includes any personal and health information created or received by a healthcare provider or health plan that relates to your physical or mental health or condition, providing healthcare to you, or the payment for such healthcare. We protect this information in all formats including electronic, written, and oral information.

How do we protect your information?

In keeping with federal and state laws and our own policy, we have a responsibility to protect the privacy of your information. We have safeguards in place to protect your information in various ways including:

- Limiting who may see your information
- Limiting how we use or disclose your information
- Informing you of our legal duties about your information
- Training our associates about company privacy policies and procedures

How do we use and disclose your information?

We must use and disclose your information:

- To you or someone who has the legal right to act on your behalf
- To the Secretary of the Department of Health and Human Services
- Where required by law

We have the right to use and disclose your information:

- To a doctor, a hospital, or other healthcare provider so you can receive medical care

- For payment activities, including claims payment for covered services provided to you by healthcare providers and for health plan premium payments
- For healthcare operation activities including processing your enrollment, responding to your inquiries and requests for services, coordinating your care, resolving disputes, conducting medical management, improving quality, reviewing the competence of healthcare professionals, and determining premiums
- For performing underwriting activities. However, we will not use any results of genetic testing or ask questions regarding family history.
- To your plan sponsor to permit them to perform plan administration functions such as eligibility, enrollment and disenrollment activities. We may share summary level health information about you with your plan sponsor in certain situations such as to allow your plan sponsor to obtain bids from other health plans. We will not share detailed health information to your plan sponsor unless you provide us your permission, or your plan sponsor has certified they agree to maintain the privacy of your information.
- To contact you with information about health-related benefits and services, appointment reminders, or about treatment alternatives that may be of interest to you if you have not opted out as described below
- To your family and friends if you are unavailable to communicate, such as in an emergency
- To your family and friends or any other person you identify, provided the information is directly relevant to their involvement with your health care or payment for that care. For example, if a family member or a caregiver calls us with prior knowledge of a claim, we may confirm whether the claim has been received and paid.
- To provide payment information to the subscriber for Internal Revenue Service substantiation
- To public health agencies if we believe there is a serious health or safety threat
- To appropriate authorities when there are issues about abuse, neglect, or domestic violence
- In response to a court or administrative order, subpoena, discovery request, or other lawful process
- For law enforcement purposes, to military authorities, and as otherwise required by law
- To assist in disaster relief efforts
- For compliance programs and health oversight activities
- To fulfill our obligations under any workers' compensation law or contract
- To avert a serious and imminent threat to your health or safety or the health or safety of others
- For research purposes in limited circumstances
- For procurement, banking, or transplantation of organs, eyes, or tissue
- To a coroner, medical examiner, or funeral director

Will we use your information for purposes not described in this notice?

In all situations other than described in this notice, we will request your written permission before using or disclosing your information. You may revoke your permission at any time by notifying us in writing. We will not use or disclose your information for any reason not described in this notice without your permission. The following uses and disclosures will require an authorization:

- Most uses and disclosures of psychotherapy notes
- Marketing purposes
- Sale of protected health information

What do we do with your information when you are no longer a member, or you do not obtain coverage through us?

Your information may continue to be used for purposes described in this notice when your membership is terminated, or you do not obtain coverage through us. After the required legal retention period, we destroy the information following strict procedures to maintain the confidentiality.

What are my rights concerning my information?

The following are your rights with respect to your information. We are committed to responding to your rights request in a timely manner:

- Access – You have the right to review and obtain a copy of your information that may be used to make decisions about you, such as claims and case or medical management records. You also may receive a summary of this health information. If you request copies, we may charge you a fee for each page, a per hour charge for staff time to locate and copy your information, and postage.
- Alternate Communications – You have the right to receive confidential communications of information in a different manner or at a different place to avoid a life-threatening situation. We will accommodate your request if it is reasonable.
- Amendment – You have the right to request an amendment of information we maintain about you if you believe the information is wrong or incomplete. We may deny your request if we did not create the information, we do not maintain the information, or the information is correct and complete. If we deny your request, we will give you a written explanation of the denial.
- Disclosure – You have the right to receive a listing of instances in which we or our business associates have disclosed your information for purposes other than treatment, payment, health plan operations, and certain other activities. We maintain this information and make it available to you for a period of six years at your request. If you request this list more than once in a 12-month period, we may charge you a reasonable, cost-based fee for responding to these additional requests.

- Notice – You have the right to receive a written copy of this notice any time you request.
- Restriction – You have the right to ask to restrict uses or disclosures of your information. We are not required to agree to these restrictions, but if we do, we will abide by our agreement. You also have the right to agree to or terminate a previously submitted restriction.

What types of communications can I opt out of that are made to me?

- Appointment reminders
- Treatment alternatives or other health-related benefits or services
- Fundraising activities

How do I exercise my rights or obtain a copy of this notice?

All your privacy rights can be exercised by obtaining the applicable privacy rights request forms. You may obtain any of the forms by:

- Contacting us at 866-861-2762 at any time
- Accessing our website at Humana.com and going to the bottom of the webpage to the Privacy Practices link
- E-mailing us at privacyoffice@humana.com

Send completed request form to:

Humana Inc.

Privacy Office 003/10911

101 E. Main Street

Louisville, KY 40202

What should I do if I believe my privacy has been violated?

If you believe your privacy has been violated in any way, you may file a complaint with us by calling us at: 866-861-2762 any time.

You may also submit a written complaint to the U.S. Department of Health and Human Services, Office of Civil Rights (OCR). We will give you the appropriate OCR regional address on request. You also have the option to e-mail your complaint to OCRComplaint@hhs.gov. We support your right to protect the privacy of your personal and health information. We will not retaliate in any way if you elect to file a complaint with us or with the U.S. Department of Health and Human Services.

We follow all federal and state laws, rules, and regulations addressing the protection of personal and health information. In situations when federal and state laws, rules, and regulations conflict, we follow the law, rule, or regulation which provides greater member protection.

What will happen if my private information is used or disclosed inappropriately?

You have a right to receive a notice that a breach has resulted in your unsecured private information being inappropriately used or disclosed. We will notify you in a timely manner if such a breach occurs.

Section 3: Getting Help from Our Member Services

Our Member Services Department can answer all your questions. We can help you choose or change your Primary Care Provider (PCP for short), find out if a service is covered, get referrals, find a provider, replace a lost ID card, report the birth of a new baby, and explain any changes that might affect you or your family's benefits.

Contacting Member Services

You may call us at 800-477-6931, or TTY:711, Monday to Friday, 8 a.m. to 8 p.m., but not on State approved holidays (like Christmas Day and Thanksgiving Day). When you call, make sure you have your identification card (ID card) with you so we can help you. (If you lose your ID card, or if it is stolen, call Member Services.)

Contacting Member Services after Hours

If you call when we are closed, please leave a message. We will call you back the next business day. If you have an urgent question, you may call our 24-Hour-Nurse Advice Line at 800-477-6931 (TTY: 711). Our nurses are available to help you 24 hours a day, 7 days a week.

Section 4: Do You Need Help Communicating?

If you do not speak English, we can help. We have people who help us talk to you in your language. We provide this help for free.

For people with disabilities: If you use a wheelchair, or are blind, or have trouble hearing or understanding, call us if you need extra help. We can tell you if a provider's office is wheelchair accessible or has devices for communication. Also, we have services like:

- Telecommunications Relay Service. This helps people who have trouble hearing or talking to make phone calls. Call 711 and give them our Member Services phone number. It is 800-477-6931. They will connect you to us
- Information and materials in large print, audio (sound); and braille
- Help in making or getting to appointments
- Names and addresses of providers who specialize in your disability

All of these services are provided free to you.

Section 5: When Your Information Changes

If any of your personal information changes, let us know as soon as possible. You can

do so by calling Member Services. We need to be able to reach you about your health care needs.

The Department of Children and Families (DCF) needs to know when your name, address, county, or telephone number changes as well. Call DCF toll free at 866-762-2237 (TTY 800-955-8771) Monday through Friday from 7 a.m. to 6 p.m. You can also go online and make the changes in your Automated Community Connection to Economic Self Sufficiency (ACCESS) account at <https://dcf-access.dcf.state.fl.us/access/index.do>. If you receive Supplemental Security Income (SSI), you must also contact the Social Security Administration (SSA) to report changes. Call SSA toll free at 800-772-1213 (TTY 800-325-0778), Monday through Friday from 8 a.m. to 7 p.m. You may also contact your local Social Security office or go online and make changes in your Social Security account at <https://secure.ssa.gov/RIL/SiView.do>.

Section 6: Your Medicaid Eligibility

You must be covered by Medicaid and enrolled in our plan for Humana Healthy Horizons to pay for your health care services and health care appointments. This is called having **Medicaid eligibility**. If you receive SSI, you qualify for Medicaid. If you do not receive SSI, you must apply for Medicaid with DCF.

Sometimes things in your life might change, and these changes can affect whether you can still have Medicaid. It is very important to make sure that you have Medicaid before you go to any appointments. Just because you have a Plan ID Card does not mean you still have Medicaid. Do not worry! If you think your Medicaid has changed or if you have any questions about your Medicaid, call Member Services. We can help you check on your coverage.

If you Lose your Medicaid Eligibility

If you lose your Medicaid and get it back within 180 days, you will be enrolled back into our plan.

If you have Medicare

If you have Medicare, continue to use your Medicare ID card when you need medical services (like going to the doctor or the hospital), but also give the provider your Medicaid Plan ID card too.

If you are having a baby

If you have a baby, he or she will be covered by us on the date of birth. Call Member Services to let us know that your baby has arrived, and we will help make sure your baby is covered and has Medicaid right away.

It is helpful if you let us know you are pregnant **before** your baby is born to make sure your baby has Medicaid. Call DCF toll free at 866-762-2237 while you are pregnant. If you need help talking to DCF, call us. DCF will make

sure, your baby has Medicaid from the day he or she is born. They will give you a Medicaid number for your baby. Let us know the baby's Medicaid number when you get it.

Section 7: Enrollment in Our Plan

Initial Enrollment

When you first join our plan, you have 120 days to try our plan. If you do not like it for any reason, you can enroll in another SMMC plan in the same region. Once those 120 days are over, you are enrolled in our plan for the rest of the year. This is called being **locked-in** to a plan. Every year you have Medicaid and are in the SMMC program, you will have an open enrollment period.

Open Enrollment Period

Each year, you will have 60 days when you can change your plan if you want. This is called your **open enrollment period**. Your open enrollment period is based upon where you live in Florida. The State's Enrollment Broker will send you a letter to tell you when your open enrollment period is.

You do not have to change plans during your open enrollment period. If you do choose to leave our plan and enroll in a new one, you will start with your new plan at the end of your open enrollment period. Once you are enrolled in the new plan, you are locked-in until your next open enrollment period. You can call the Enrollment Broker at 877-711-3662 (TDD 866-467-4970).

Enrollment in the SMMC Long-Term Care Program

The SMMC Long-Term Care (LTC) program provides nursing facility services and home and community-based care to elders and adults (ages 18 years and older) with disabilities. Home and community-based services help people stay in their homes, with services like help with bathing, dressing, and eating; help with chores; help with shopping; or supervision.

We pay for services that are provided at the nursing facility. If you live in a Medicaid nursing facility full-time, you are probably already in the LTC program. If you don't know, or don't think you are enrolled in the LTC program, call Member Services. We can help you.

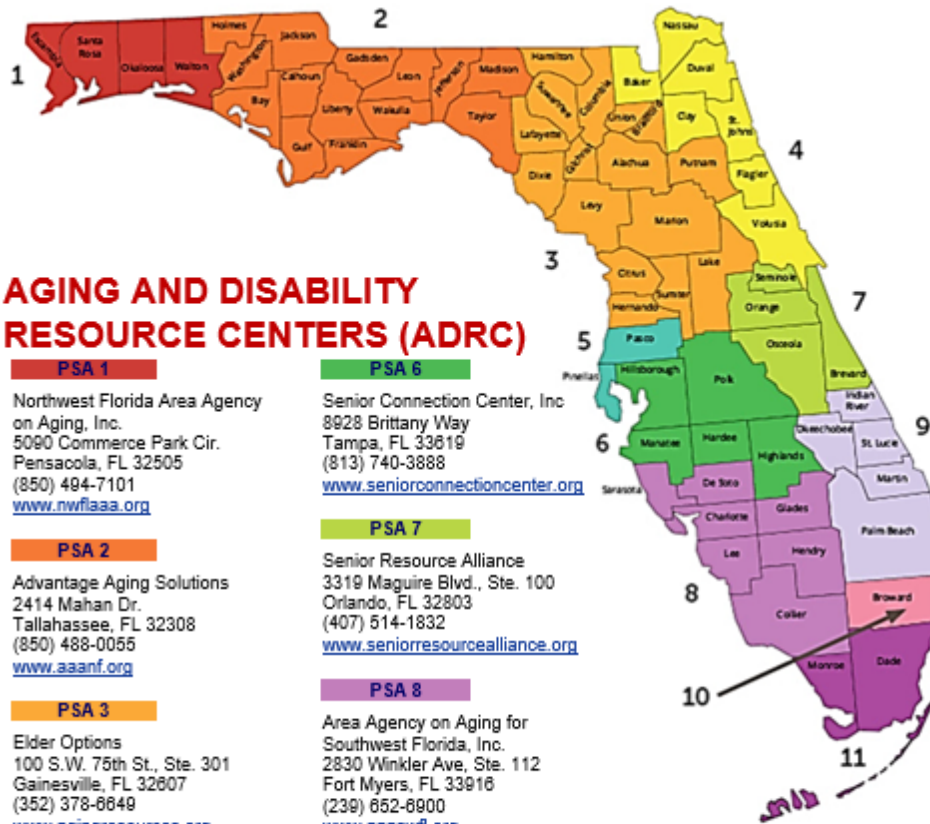
The LTC program also provides help for people living in their home. But space is limited for these in-home services, so before you can receive these services, you must speak to someone who will ask you questions about your health. This is called a screening. The Department of Elder Affairs' Aging and Disability Resource Centers (ADRCs) complete these screenings. Once the screening is complete, the ADRC will notify you about your wait list placement or provide you with a list of resources if you are not placed on the wait list. If you are placed on the wait list and a space becomes available for you in the LTC program, the Department of Elder Affairs Comprehensive

Assessment and Review for Long-Term Care Services (CARES) program will ask you to provide more information about yourself to make sure you meet other medical criteria to receive services from the LTC program. Some enrollees do not have to complete the screening or wait list process if they meet all other LTC program eligibility requirements. For more information on Screening Exceptions in the LTC Program, visit the Agency's web page at https://ahca.myflorida.com/Medicaid/statewide_mc/ltc_scrn.shtml. For example:

1. Are you 18, 19, or 20 years old?
2. Do you have a chronic debilitating disease or condition of one or more physiological or organ systems?
3. Do you need 24-hour-per-day medical, nursing, or health supervision or intervention?

If you said "yes" to all three questions, you may contact Humana to request an assessment for the LTC program. Once you are enrolled in the LTC program, we will make sure you continue to meet requirements for the program each year.

You can find the phone number for your local ADRC using the following map. They can also help answer any other questions that you have about the LTC program. Visit https://ahca.myflorida.com/Medicaid/statewide_mc/smmc_ltc.shtml for more information.



AGING AND DISABILITY RESOURCE CENTERS (ADRC)

PSA 1

Northwest Florida Area Agency on Aging, Inc.
5090 Commerce Park Cir.
Pensacola, FL 32505
(850) 494-7101
www.nwflaaa.org

PSA 2

Advantage Aging Solutions
2414 Mahan Dr.
Tallahassee, FL 32308
(850) 488-0055
www.aaanf.org

PSA 3

Elder Options
100 S.W. 75th St., Ste. 301
Gainesville, FL 32607
(352) 378-8649
www.agingresources.org

PSA 4

Elder Source, The Area Agency on Aging of Northeast Florida
10688 Old St. Augustine Rd.
Jacksonville, FL 32257
(904) 391-8800
www.myeldersource.org

PSA 5

Area Agency on Aging of Pasco-Pinellas, Inc.
9549 Koger Blvd., Gadsden Bldg., Ste. 100
St. Petersburg, FL 33702
(727) 570-9896
www.agingcarefl.org

PSA 6

Senior Connection Center, Inc
8928 Brittany Way
Tampa, FL 33619
(813) 740-3888
www.seniorconnectioncenter.org

PSA 7

Senior Resource Alliance
3319 Maguire Blvd., Ste. 100
Orlando, FL 32803
(407) 514-1832
www.seniorresourcealliance.org

PSA 8

Area Agency on Aging for Southwest Florida, Inc.
2830 Winkler Ave, Ste. 112
Fort Myers, FL 33916
(239) 652-8900
www.aaaswfl.org

PSA 9

Area Agency on Aging of Palm Beach/Treasure Coast, Inc.
4400 N. Congress Ave.
West Palm Beach, FL 33407
(561) 684-5885
www.youragingresourcecenter.org

PSA 10

Aging and Disability Resource Center of Broward County, Inc.
5300 Hiatus Rd.
Sunrise, FL 33351
(954) 745-9587
www.adrcbroward.org

PSA 11

Alliance for Aging, Inc.
780 N.W. 107th Ave., Ste. 214,
2nd Floor
Miami, FL 33172
(305) 670-6500
www.allianceforaging.org

Section 8: Leaving Our Plan (Disenrollment)

Leaving a plan is called **disenrolling**. By law, people cannot leave or change plans while they are locked-in except for specific reasons. If you want to leave our plan while you are locked-in, call the State's Enrollment Broker to see if you would be allowed to change plans.

¹ For the full list of For Cause Disenrollment reasons, please see Florida Administrative Rule 59G-8.600: https://www.flrules.org/gateway/RuleNo.asp?title=MANAGED_CARE&ID=59G-8.600

² To learn how to ask for an appeal, please turn to Section 15, Member Satisfaction, page 61.

You can leave our plan at any time for the following reasons (also known as **For Cause Disenrollment reasons**):

- We do not cover a service for moral or religious reasons
- You live in and get your Long-Term Care services from an assisted living facility, adult family care home, or nursing facility provider that was in our network but is no longer in our network

You can also leave our plan for the following reasons, if you have completed our grievance and appeal process²:

- You receive poor quality of care, and the Agency agrees with you after they have looked at your medical records
- You cannot get the services you need through our plan, but you can get the services you need through another plan
- Your services were delayed without a good reason

If you have any questions about whether you can change plans, call Member Services at 800-477-6931 (TTY: 711) or the State's Enrollment Broker at 877-711-3662 (TDD 866-467-4970).

Removal from Our Plan (Involuntary Disenrollment)

The Agency can remove you from our plan (and sometimes the SMMC program entirely) for certain reasons. This is called **involuntary disenrollment**. These reasons include:

- You lose your Medicaid
- You move outside of where we operate, or outside the State of Florida
- You knowingly use your Plan ID card incorrectly or let someone else use your Plan ID card
- You fake or forge prescriptions
- You or your caregivers behave in a way that makes it hard for us to provide you with care
- You are in the LTC program and live in an assisted living facility or adult family care home that is not home-like and you will not move into a facility that is home-like³
- If the Agency removes you from our plan because you broke the law or for your behavior, you cannot come back to the SMMC program.

Section 9: Managing Your Care

If you have a medical condition or illness that requires extra support and coordination, we may assign a case manager to work with you. Your case manager will help you get the services you need. The case manager will work with your other providers to manage your health care. If we provide you with a case manager and you do not want one, call Member Services to let us know.

³ This is for Long-Term Care program enrollees only. If you have questions about your facility's compliance with this federal requirement, please call Member Services or your case manager.

If you are in the LTC program, we will assign you a case manager. You must have a case manager if you are in the LTC program. Your case manager is your go-to person and is responsible for **coordinating your care**. This means they are the person who will help you figure out what LTC services you need and how to get them.

If you have a problem with your care, or something in your life changes, let your case manager know and they will help you decide if your services need to change to better support you.

Changing Case Managers

If you want to choose a different case manager, call Member Services. There may be times when we will have to change your case manager. If we need to do this, we will send a letter to let you know and we may give you a call.

Important Things to Tell Your Case Manager

If something changes in your life or you don't like a service or provider, let your case manager know. You should tell your case manager if:

- You don't like a service
- You have concerns about a service provider
- Your services aren't right
- You get new health insurance
- You go to the hospital or emergency room
- Your caregiver can't help you anymore
- Your living situation changes
- Your name, telephone number, address, or county changes

Request to Put Your Services on Hold

If something changes in your life and you need to stop your service(s) for a while, let your case manager know. Your case manager will ask you to fill out and sign a Consent for Voluntary Suspension Form to put your service(s) on hold.

Section 10: Accessing Services

Before you get a service or go to a health care appointment, we must make sure you need the service and that it is medically right for you. This is called **prior authorization**. To do this, we look at your medical history and information from your doctor or other health care providers. Then we will decide if that service can help you. We use rules from the Agency to make these decisions.

Providers in Our Plan

For the most part, you must use doctors, hospitals, and other health care providers that are in our **provider network**. Our provider network is the group of doctors, therapists, hospitals, facilities, and other health care providers that we work with. You can choose from any provider in our provider network. This is called your **freedom of choice**. If you use a health care provider that is not in our network, you may have to pay for that appointment or service.

You will find a list of providers that are in our network in our provider directory. If you want

a copy of the provider directory, call 800-477-6931 (TTY: 711) to get a copy or visit our website at Humana.com/FindADoctor.

If you are in the LTC program, your case manager is the person who will help you choose a service provider who is in our network for each of your services. Once you choose a service provider, they will contact them to begin your services. This is how services are **approved** in the LTC program. Your case manager will work with you, your family, your caregivers, your doctors and other providers to make sure that your LTC services work with your medical care and other parts of your life.

Providers Not in Our Plan

There are some services that you may be able to get from providers who are not in our provider network.

These services are:

- Family planning services and supplies
- Women’s preventative health services, such as breast exams, screenings for cervical cancer, and prenatal care
- Treatment of sexually transmitted diseases
- Emergency care

If we cannot find a provider in our provider network for these services, we will help you find another provider that is not in our network. Remember to check with us first before you use a provider that is not in our provider network. If you have questions, call Member Services.

When We Pay for Your Dental Services

Your dental plan will cover most of your dental services, but some dental services may be covered by Humana Healthy Horizons. The table below will help you understand which plan pays for a service.

Type of Dental Service(s):	Dental Plan Covers:	Medical Plan Covers:
Dental Services	Covered when you see your dentist or dental hygienist	Covered when you see your doctor or nurse
Scheduled dental services in a hospital or surgery center	Covered for dental services by your dentist	Covered for doctors, nurses, hospitals, and surgery centers
Hospital visits for a dental problem	Not covered	Covered
Prescription drugs for a dental visit or problem	Not covered	Covered
Transportation to your dental service or appointment	Not covered	Covered

Contact Member Services at 800-477-6931 (TTY: 711) for help with arranging these

⁴ Also known as “Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment” or “EPSDT” requirements.

services. Dental Medicaid recipients in Florida can pick from three statewide dental plans:

- DentaQuest - Dentaquest.com/state-plans/regions/florida 888-468-5509 (TTY: 711)
- LIBERTY - Client.libertydentalplan.com/FLMedicaid 833-276-0850
- MCNA Dental - MCNA.net/en/home 800-282-3089 (TTY: 711)

To pick a dental plan:

- Go to FLMedicaidManagedCare.com
- Call 877-711-3662 (TTY: 711) to speak with a Florida Medicaid Choice Counselor. You will get a dental ID card in the mail. Bring this ID card with you to all dental appointments. Learn more at Humana.com/FloridaDental

What Do I Have to Pay For?

You may have to pay for appointments or services that are not covered. A covered service is a service we must provide in the Medicaid program. All the services listed in this handbook are covered services. Remember, just because a service is covered, does not mean you will need it. You may have to pay for services if we did not approve it first.

If you get a bill from a provider, call Member Services. Do not pay the bill until you have spoken to us. We will help you.

Services for Children⁴

We must provide all medically necessary services for our members who are ages 0 – 20 years old. This is the law. This is true even if we do not cover a service or the service has a limit. If your child's services are medically necessary, services have:

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

Your provider may need to ask us for approval before giving your child the service. Call Member Services if you want to know how to ask for these services.

Services Covered by the Medicaid Fee-for-service Delivery System, Not Covered Through Humana Healthy Horizons

The Medicaid fee-for-service program is responsible for covering the following services, instead of Humana Healthy Horizons covering these services:

- Behavior Analysis (BA)
- County Health Department (CHD) Certified Match Program
- Developmental Disabilities Individual Budgeting (iBudget) Home and Community Based Services Waiver
- Familial Dysautonomia (FD) Home and Community-Based Services Waiver
- Hemophilia Factor-related Drugs
- Intermediate Care Facility Services for Individuals with Intellectual Disabilities (ICF/ IID)
- Medicaid Certified School Match (MCSM) Program
- Model Home and Community-Based Services Waiver
- Newborn Hearing Services
- Prescribed Pediatric Extended Care

- Substance Abuse County Match Program

This Agency webpage provides details about each of the services listed above and how to access these services: http://ahca.myflorida.com/Medicaid/Policy_and_Quality/Policy/Covered_Services_HCBS_Waivers.shtml.

Moral or Religious Objections

If we do not cover a service because of a religious or moral reason, we will tell you that the service is not covered. In these cases, you must call the State's Enrollment Broker at 877-711-3662 (TDD 866-467-4970). The Enrollment Broker will help you find a provider for these services.

Section 11: Helpful Information About Your Benefits

Choosing a Primary Care Provider (PCP)

If you have Medicare, please contact the number on your Medicare ID card for information about your PCP.

One of the first things you will need to do when you enroll in our plan is choose a PCP. This can be a doctor, nurse practitioner, or a physician assistant. You will contact your PCP to make an appointment for services such as regular check-ups, shots (immunizations), or when you are sick. Your PCP will also help you get care from other providers or specialists. This is called a **referral**. You can choose your PCP by calling Member Services.

If you would prefer to have a PCP that has the same cultural, ethnic or racial background as you, ask if one is available when calling Member Services.

You can choose a different PCP for each family member, or you can choose one PCP for the entire family. If you do not choose a PCP, we will assign a PCP for you and your family.

You can change your PCP at any time. To change your PCP, call Member Services.

Choosing a PCP for Your Child

You can pick a PCP for your baby before your baby is born. We can help you with this by calling Member Services. If you do not pick a PCP by the time your baby is born, we will pick one for you. If you want to change your baby's PCP, call us.

It is important that you select a PCP for your child to make sure they get their Well Child Visits each year. Well Child Visits are for children 0 – 20 years old. These visits are regular check-ups that help you and your child's PCP know what is going on with your child and how they are growing. Your child may also receive shots (immunizations) at these visits. These visits can help find problems and keep your child healthy⁵.

You can take your child to a pediatrician, family practice provider, or other health care provider.

You do not need a referral for well child visits. Also, there is no charge for well child visits.

Specialist Care and Referrals

⁵ For more information about the screenings and assessments that are recommended for children, please refer to the "Recommendations for Preventative Pediatric Health Care – Periodicity Schedule" at [Periodicity Schedule \(aap.org\)](http://aap.org)

Sometimes, you may need to see a provider other than your PCP for medical problems like special conditions, injuries, or illnesses. Talk to your PCP first. Your PCP will refer you to a **specialist**. A specialist is a provider who works in one health care area.

If you have a case manager, make sure you tell your case manager about your **referrals**. The case manager will work with the specialist to get you care.

Second Opinions

You have the right to get a **second opinion** about your care. This means talking to a different provider to see what they have to say about your care. The second provider will give you their point of view. This may help you decide if certain services or treatments are best for you. There is no cost to you to get a second opinion.

Your PCP, case manager or Member Services can help find a provider to give you a second opinion. You can pick any of our providers. If you are unable to find a provider with us, we will help you find a provider that is not in our provider network. If you need to see a provider that is not in our provider network for the second opinion, we must approve it before you see them.

Urgent Care

Urgent Care is not Emergency Care. Urgent Care is needed when you have an injury or illness that must be treated within 48 hours. Your health or life are not usually in danger, but you cannot wait to see your PCP, or it is after your PCP's office has closed.

If you need Urgent Care after office hours and you cannot reach your PCP, you can talk to a nurse 24 hours a day by calling Member Services at 800-477-6931 (TTY: 711).

You may also find the closest Urgent Care center to you by going to our website at www.humana.com/medicaid/online-tools/find-a-doctor to view the provider directory or by calling Member Services at 800-477-6931 (TTY: 711).

Hospital Care

If you need to go to the hospital for an appointment, surgery or overnight stay, your PCP will set it up. We must approve services in the hospital before you go, except for emergencies. We will not pay for hospital services unless we approve them ahead of time or it is an emergency.

If you have a case manager, they will work with you and your provider to put services in place when you go home from the hospital.

Emergency Care

You have a medical **emergency** when you are so sick or hurt that your life or health is in danger if you do not get medical help right away. Some examples are:

- Broken bones
- Bleeding that will not stop
- You are pregnant, in labor and/or bleeding
- Trouble breathing
- Suddenly unable to see, move, or talk

Emergency services are those services that you get when you are very ill or injured. These services try to keep you alive or to keep you from getting worse. They are usually delivered in an emergency room.

If your condition is severe, call 911 or go to the closest emergency facility right away. You can go to any hospital or emergency facility. If you are not sure if it is an emergency, call your PCP. Your PCP will tell you what to do.

The hospital or facility does not need to be part of our provider network or in our service area. You also do not need to get approval ahead of time to get emergency care or for the services that you receive in an emergency room to treat your condition.

If you have an emergency when you are away from home, get the medical care you need. Be sure to call Member Services when you are able and let us know.

Filling Prescriptions

We cover a full range of prescription medications. We have a list of drugs that we cover. This list is called our **Preferred Drug List**. You can find this list on our Web site at www.humana.com/medicaid/florida-medicare/coverage/pharmacy or by calling Member Services.

We cover **brand name** and **generic** drugs. Generic drugs have the same ingredients as brand name drugs, but they are often cheaper than brand name drugs. They work the same. Sometimes, we may need to approve using a brand name drug before your prescription is filled.

We have pharmacies in our provider network. You can fill your prescription at any pharmacy that is in our provider network. Make sure to bring your Plan ID card with you to the pharmacy.

The list of covered drugs may change from time to time, but we will let you know if anything changes.

Specialty Pharmacy Information

Humana Healthy Horizons preferred Specialty Pharmacy is CenterWell Specialty Pharmacy™, Inc. and you can call with your prescription information at 800-486-2668. Humana Healthy Horizons also covers specialty drugs at all network pharmacies. Some drugs may not be available at every pharmacy and may only be available through a specialty mail order pharmacy. Please contact Member Services at 800-477-6931 or (TTY: 711) for help in getting your covered specialty drug at a network pharmacy.

Behavioral Health Services

There are times when you may need to speak to a therapist or counselor, for example, if you are having any of the following feelings or problems:

- Always feeling sad
- Not wanting to do the things that you used to enjoy
- Feeling worthless
- Having trouble sleeping
- Not feeling like eating
- Alcohol or drug abuse

- Trouble in your marriage
- Parenting concerns

We cover many different types of behavioral health services that can help with issues you may be facing. You can call a behavioral health provider for an appointment. You can get help finding a behavioral health provider by:

- Calling 888-778-4651
- Looking at our provider directory
- Going to our website www.Humana.com/FLMedicaid

Someone is there to help you 24 hours a day, 7 days a week.

You do not need a referral from your PCP for behavioral health services.

If you are thinking about hurting yourself or someone else, call 911. You can also go to the nearest emergency room or crisis stabilization center, even if it is out of our service area. Once you are in a safe place, call your PCP if you can. Follow up with your provider within 24-48 hours. If you get emergency care outside of the service area, we will make plans to transfer you to a hospital or provider that is in our plan's network once you are stable.

Member Reward Programs

We offer programs to help keep you healthy and to help you live a healthier life (like losing weight or quitting smoking). We call these **healthy behavior programs**. You can earn rewards while participating in these programs. Our plan offers the following programs:

Humana Healthy Horizons™ in Florida Healthy Behaviors Program

Go365 for Humana Healthy Horizons is a wellness program that offers you the opportunity to earn rewards for taking healthy actions.

Participate in healthy activities and earn rewards

All your members can participate in Go365 for Humana Healthy Horizons. Participating in healthy activities and earning rewards through our Go365 for Humana Healthy Horizons wellness program is easy.

To earn rewards, you must

- Download the Go365 for Humana Healthy Horizons App from iTunes/Apple Shop or Google Play on a mobile device
- Create an account to access and engage in the program
 - Members who are 18 and older can register to create a Go365 account. You must have your Medicaid Member ID.
 - Parents or guardians of members under age 18 can create an account on behalf of the minor. You must have your Medicaid Member ID.

For members between the ages of 12 and 17, we **must** get verbal consent from parent/guardian.

If you have a [MyHumana account](#), you can use the same login information to access Go365 for Humana Healthy Horizons, after you download the app.

For each eligible Go365® activity completed, you can earn rewards and then redeem the rewards for gift cards in the Go365® in-app mall. Rewards earned through Go365® have no cash value and must be earned and redeemed prior to the reward expiration date.

Call Go365® at 888-225-4699 (TTY: 711) to learn more.

Participate in healthy activities and earn rewards

Members who are 18 years and older can qualify to earn rewards by enrolling in Go365 for Humana Healthy Horizons and then completing one or more healthy activities:

Healthy Activity	Reward
Health Risk Assessment (HRA) Available to all members	<ul style="list-style-type: none"> • \$20 in rewards (1 per year) for new members who complete an entire HRA within 90 days of enrollment in the plan • \$10 in rewards (1 per year) for new members who complete an entire HRA after 90 days of enrollment in the plan • You have 4 options to complete your HRA • Complete and send the HRA back to us in the envelope you got in your welcome kit • Call us at 855-351-7877 (TTY: 711) • Download the Go365 for Humana Healthy Horizons app and complete the HRA and submit online • Create a MyHumana account, opens new window and complete and submit the HRA online
Annual Well Visit Program Available to members 18 years and older	<ul style="list-style-type: none"> • \$20 in rewards for new members who visit their Primary Care Physician for a wellness check-up within 90 days of enrollment in plan

Healthy Activity	Reward
<p>Moms First Prenatal and Postpartum Program</p> <p>Available to members 13 years and older</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$10 in rewards to enroll Moms First Program • \$20 in rewards (1 per pregnancy, per year) for enrollees participating in Moms First who complete one (1) prenatal visit within the first trimester of pregnancy OR within first 42 days of enrollment with Humana • \$20 in rewards (1 per pregnancy, per year) for enrollees participating in Moms First who complete one (1) postpartum visit within 60 days after delivery
<p>Weight Management Program¹</p> <p>Available to members 12 years and older</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$10 in rewards to enroll in the program AND complete initial well-being visit with Primary Care Physician • \$20 in rewards for members who complete six (6) telephonic coaching sessions and complete the final well-being check up with PCP
<p>Tobacco Cessation Program²</p> <p>Available to members 12 years and older</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$25 in rewards for members who complete two (2) telephonic coaching sessions with a Health Coach within the first 45 days of enrollment in the program • \$25 in rewards for members who complete 6 additional telephonic coaching sessions (total of 8 calls)
<p>Substance Abuse Program</p> <p>Available to members 18 years and older</p>	<p>Members can participate in 1 or both of these offerings</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$20 in rewards for members who complete a total of 6 coaching calls within 3 months of the first coaching session • \$20 in rewards to participate actively in an outpatient program for 28-30 days
<p>COVID-19 Vaccination³</p>	<p>\$20 in rewards when members complete COVID-19 vaccination and upload proof of vaccination to us via the Go365 for Humana Healthy Horizons app</p>
<p>Well child visit program</p> <p>Members under 18 years old</p>	<p>\$20 in rewards when members complete an annual wellness visit with their pediatrician or PCP.</p>

Note: If you do not have a mobile phone, call Safelink Health Solutions® at 877-631-2550 to learn how you can get a smartphone at no cost to you.

*Members under 18 years old will not have access to the Go365 App.

¹The intention is for the Weight Management Program to be completed in six (6) months but will allow up to 12 months to complete six (6) sessions giving the member an opportunity to make up for missed coaching sessions.

²The intention is for Tobacco Cessation Program to be completed in seven (7) months but will allow up to 12 months to complete eight (8) sessions giving the member an opportunity to make up for missed coaching sessions.

³Vaccination for members 6 months and older

Vaccination for members 5 years and older

A complete vaccine means you received the second dose for those that require two (Moderna & Pfizer) or a single dose (Johnson & Johnson) if only one is required. All CDC-authorized COVID-19 vaccines are eligible. The plan will offer this incentive program once per enrollment to allow for any future recommendations from the CDC such as annual boosters.

Vaccination for children younger than 5 years old

The number of COVID-19 vaccine doses for children younger than 5 need, depends on the type of vaccine the child receives.

- [Pfizer vaccine: 3-dose regimen, with the first two doses given 3 weeks apart and the last shot given at least 2 months later]
- [Moderna vaccine: 2-dose regimen given about 4 weeks apart]

According to the FDA, caregivers should feel comfortable getting either the Pfizer or Moderna vaccine for a child.

Rewards have no cash value. The monetary amounts listed above are reward values, not actual dollars. For some rewards, your doctor must tell us that you completed the healthy activity. Once we get this information from your doctor, you will see in the app the option to redeem the reward. For any reward you qualify to earn during the 2021 plan year, we must get confirmation from your doctor by no later than March 15, 2022.

Humana Healthy Horizons is available to all enrollees who meet the requirements of the program. Rewards are not used to direct the enrollee to select a certain provider. Rewards may take 90 to 180 days or greater to receive. Rewards are non-transferrable to other Managed Care Plans or other programs. Enrollees will lose access to the Go365[®] App to the earned incentives and rewards if they voluntarily dis-enroll from the Humana Healthy Horizons or lose Medicaid eligibility for more than one-hundred eighty (180) days. At the end of plan year (December 31), enrollees with continuous enrollment will have 90 days to redeem their rewards.

Incentives and rewards cannot be used for gambling, alcohol, tobacco or drugs (except for over-the-counter prescriptions). *Rewards may be limited to once per year, per activity. See activity description for details.*

Please remember that rewards cannot be transferred. If you leave our Plan for more than

180 days, you may not receive your reward. If you have questions or want to join any of these programs, please call us at 800-477-6931.

Disease Management Programs

We have special programs available that will help you if you have one of these conditions.

Cancer: Cancer diagnosis is scary, but Humana is here to help

Humana has nurses trained in oncology to help you throughout your cancer treatment. They can help guide you through treatment options, provide information and support you during your treatment. They're available to help you make informed choices about your medical care.

This program is a phone-based service, but different from an on-call nurse hotline. You speak to the same nurse every time — a nurse who takes the time to know your personal story.

Nurses share information on symptom control, diet and resources for cancer support programs. They're offered from the start of your diagnosis and throughout the course of your treatment.

Nurses will work with your schedule, and what you tell us won't change your health benefits, coverage or rates. Know that health information you share during talks with your nurse will not be shared. This program is offered as part of your medical plan at no additional cost to you! Humana provides this support to help you reach your health goals.

Diabetes: The Diabetes Disease Management program gives you facts about your diabetes. A plan is developed to help you improve behaviors and coping skills, while providing needed support and resources. It uses a different approach to get the best possible therapeutic results based on review of your needs, ongoing care monitoring, evaluation, and tailored member and practitioner interventions.

Asthma: The Asthma Disease Management program gives you information about your asthma and creates a member-specific plan of care to assist in the growth of better health-related behaviors and coping skills, while providing needed support and resources. The program uses a multi-faceted approach to achieve the best possible therapeutic outcomes based on review of your needs, ongoing care monitoring, evaluation, and tailored member and practitioner interventions.

High blood pressure (hypertension): The Hypertension Disease Management program provides you with knowledge about your hypertension and develops a member-specific plan of care to assist in the development of improved health-related behaviors and coping skills, while providing needed support and resources. The program uses a different approach to achieve the best possible therapeutic outcomes based on review of the member's needs, ongoing care monitoring, evaluation, and tailored member and

⁶ You can find the definition for Medical Necessity at http://ahca.myflorida.com/medicaid/review/General/59G_1010_Definitions.pdf

practitioner interventions.

Behavioral Health: Our behavioral health program helps you deal with mental health and substance abuse issues. The primary goals of this program are to help you maintain or improve and promote recovery. This program allows us to work closely with your health plan to address both your behavioral health and medical needs.

Sickle Cell Disease: The Sickle Cell Disease Management program provides you with knowledge about your sickle cell disease and develops a member-specific plan of care to assist in the development of improved health-related behaviors and coping skills, while providing needed support and resources. The program uses a different approach to achieve the best possible therapeutic outcomes based on review of your needs, ongoing care monitoring, evaluation, and tailored member and practitioner interventions.

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD): The COPD Disease Management program provides you with knowledge about your COPD and develops a member specific plan of care to assist in the development of improved health-related behaviors and coping skills, while providing needed support and resources. The program uses a different approach to achieve the best possible therapeutic outcomes based on review of your needs, ongoing care monitoring, evaluation, and tailored member and practitioner interventions.

Congestive Heart Failure (CHF): The CHF Disease Management program provides you with knowledge about your CHF and develops a member-specific plan of care to assist in the development of improved health-related behaviors and coping skills, while providing needed support and resources. The program uses a different approach to achieve the best possible therapeutic outcomes based on review of the member's needs, ongoing care monitoring, evaluation, and tailored member and practitioner interventions.

HIV/AIDS: The HIV/AIDS Disease Management program provides you with knowledge about your HIV/AIDS and develops a member-specific plan of care to assist in the development of improved health-related behaviors and coping skills, while providing needed support and resources. The program uses a different approach to achieve the best possible therapeutic outcomes based on review of the member's needs, ongoing care monitoring, evaluation, and tailored member and practitioner interventions.

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

- Phone: Call Humana at 800-229-9880. Hours of Operation: Monday – Friday, 8:30 a.m. – 5 p.m., Eastern time
- Website: <http://www.Humana.com/FloridaCoverage>
- If you would like to provide feedback on the Disease Management program or have a complaint, please contact: 800-229-9880

End of life issues including information on advance directives: This program helps to manage members who have Palliative Care needs. The program provides education to facilitate understanding that a diagnosis of a life-threatening or debilitating illness

or injury impacts not only you, but also those around you and aims to help meet your needs, and your caregivers. This program follows you with a family-centered holistic approach, understanding that individual groups have different definitions of family. This program promotes scheduled physician visits, behavioral health referrals, nutritional consultations, social worker consultation, education on quality of life, various treatment options, pain and/or symptom management, and coordination with community resources as needed.

If you are in the LTC program, we also offer programs for Dementia and Alzheimer's issues:

This program helps to manage your Alzheimer's Disease or Dementia. The program provides education to facilitate understanding that a diagnosis of Alzheimer's Disease or Dementia impacts not only you, but also those around you and aims to help meet your needs, and your caregivers. This program follows members with a family-centered holistic approach and promotes scheduled physician visits, behavioral health referrals, nutritional consultations, social worker consultation, and coordination with community resources as needed.

Quality Enhancement Programs

We want you to get quality health care. We offer additional programs that help make the care you receive better. The programs are:

- **Domestic Violence Program**

Your PCP should screen you for signs of domestic violence during your visit for preventive care. You can also get educational materials from your PCP. Call your PCP or Member Services at 800-477-6931 (TTY: 711) to find out more.

- **Pregnancy Prevention Program**

We can refer you to community pregnancy prevention programs that are open to you. You can use them no matter what your age, gender, pregnancy status, or parental consent. Call your PCP or Member Services at 800-477-6931 (TTY: 711) to find out more.

- **Prenatal/Postpartum Program**

We have a before - and after - pregnancy program called Moms First. You will have a case manager who will help you through your pregnancy and give you learning materials. The program also provides incentives, or ways to keep you on track, for healthy behaviors. When you have your baby, you will get more information about family planning from your case manager and your PCP. They will also refer you to the Healthy Start and Women, Infants, and Children (WIC) programs. Call your PCP or Moms First at 800-322-2758, extension 1500290 (TTY: 711) to find out more.

- **Children's program**

Humana Healthy Horizons can refer you to children's programs in your local area that help prevent health problems and give early healthcare services to families with children aged 0 – 5 years old. Humana Healthy Horizons also teams with your PCP to help you keep your children healthy. Talk to your PCP about these programs in your area or call 800-229-9880,

⁶ You can find the definition for Medical Necessity at http://ahca.myflorida.com/medicaid/review/General/59G_1010_Definitions.pdf

extension 1500478 (TTY: 711) to find out more.

- **Behavioral Health Services**

For behavioral health services, please call the behavioral healthcare provider in your area. Behavioral health services are available to you without a referral from your PCP. The behavioral healthcare provider in your area can give you a list of common problems with behavior and they can talk to you about how to recognize the problems.

For more information call 888-778-4651.

- **Fall Risk Prevention**

We have a Fall Risk Prevention process that involves screening, assessment, and care planning. A case manager will handle this process with you and provide education on fall prevention and appropriate service referrals.

- **New Medical Treatment**

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

- **Complex Case Management**

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

To get additional information about the Complex Case Management Program, self-refer or opt out of the Complex Case Management Program, you may contact our Health Services Department at 800-229-9880.

It is also important to understand that:

Prior authorization is done to make sure that you need the service and that it is medically right for you. Rewards are not given to doctors, other health care providers or individuals who make these decisions, for denying coverage of services. Any rewards for these decision makers do not encourage decisions that result in under use of services.

You also have a right to tell us about changes you think we should make.

To get more information about our quality enhancement program or to give us your ideas, call Member Services.

Section 12: Your Plan Benefits: Managed Medical Assistance Services

The table below lists the medical services that are covered by our Plan. Remember, you may need a referral from your PCP or approval from us before you go to an appointment or

use a service. Services must be medically necessary for us to pay for them⁶.

There may be some services we do not cover but might still be covered by Medicaid. To find out about these benefits, call the Agency Medicaid Help Line at 877-254-1055.

If you need a ride to any of these services, we can help you. You can call ModivCare at 866-779-0565 to schedule a ride.

If there are changes in covered services or other changes that will affect you, we will notify you in writing at least 30 days before the date the change takes place. If you have questions about any of the covered medical services, please call Member Services.

Service	Description	Coverage/Limitations	Prior Authorization
Addictions Receiving Facility Services	Services used to help people who are struggling with drug or alcohol addiction	As medically necessary and recommended by us You pay nothing	May need prior authorization
Allergy Services	Services to treat conditions such as sneezing or rashes that are not caused by an illness	We cover medically necessary blood or skin allergy testing and up to 156 doses per year of allergy shots You pay nothing	May need prior authorization
Ambulance Transportation Services	Ambulance services are for when you need emergency care while being transported to the hospital or special support when being transported between facilities	Covered as medically necessary. You pay nothing	May need prior authorization for non-emergency ambulance transportation
Ambulatory Detoxification Services	Services provided to people who are withdrawing from drugs or alcohol	As medically necessary and recommended by us You pay nothing	May need prior authorization
Ambulatory Surgical Center Services	Surgery and other procedures that are performed in a facility that is not the hospital (outpatient)	Covered as medically necessary. You pay nothing	May need prior authorization
Anesthesia Services	Services to keep you from feeling pain during surgery or other medical procedures	Covered as medically necessary. You pay nothing	May need prior authorization

Assistive Care Services	Services provided to adults (ages 18 and older) help with activities of daily living and taking medication	We cover 365/366 days of services per year, as medically necessary. You pay nothing	May need prior authorization
Behavioral Health Assessment Services	Services used to detect or diagnose mental illnesses and behavioral health disorders	We cover, as medically necessary: - One initial assessment per year - One reassessment per year - Up to 150 minutes of brief behavioral health status assessments (no more than 30 minutes in a single day) See Expanded Benefit section following this section for more details You pay nothing	May need prior authorization
Behavioral Health Overlay Services	Behavioral health services provided to children (ages 0 – 18) enrolled in a DCF program	We cover 365/366 days of medically necessary services per year, including therapy, support services and aftercare planning. You pay nothing	May need prior authorization
Behavioral Health Respite Care	Provision of short-term relief for the members primary caregivers	As medically necessary and recommended by us You pay nothing	May need prior authorization
Cardiovascular Services	Services that treat the heart and circulatory (blood vessels) system	We cover the following as prescribed by your doctor, when medically necessary: - Cardiac testing - Cardiac surgical procedures - Cardiac devices You pay nothing	May need prior authorization

Child Health Services Targeted Case Management	Services provided to children (ages 0 - 3) to help them get health care and other services OR Services provided to children (ages 0 – 20) who use medical foster care services	Your child must be enrolled in the DOH Early Steps program OR Your child must be receiving medical foster care services You pay nothing	No prior authorization required
Chiropractic Services	Diagnosis and manipulative treatment of misalignments of the joints, especially the spinal column, which may cause other disorders by affecting the nerves, muscles, and organs	We cover, as medically necessary: - 24 patient visits per year, per member - X-rays - See Expanded Benefit section after this section for more details You pay nothing	May need prior authorization
Clinic Services	Health care services provided in a county health department, federally qualified health center, or a rural health clinic	You pay nothing to a federally qualified health center or rural health clinic visit, medically necessary	May need prior authorization
Community-Based Wrap-Around Services	Services provided by a mental health team to children who are at risk of going into a mental health treatment facility	As medically necessary and recommended by us You pay nothing	May need prior authorization
Crisis Stabilization Unit Services	Emergency mental health services that are performed in a facility that is not a regular hospital	As medically necessary and recommended by us You pay nothing	No prior authorization required
Dialysis Services	Medical care, tests, and other treatments for the kidneys. This service also includes dialysis supplies, and other supplies that help treat the kidneys	We cover the following as prescribed by your treating doctor, when medically necessary: - Hemodialysis treatments - Peritoneal dialysis treatments You pay nothing	May need prior authorization

Drop-In Center Services	Services provided in a center that helps homeless people get treatment or housing	As medically necessary and recommended by us You pay nothing	May need prior authorization
Durable Medical Equipment and Medical Supplies Services	Medical equipment is used to manage and treat a condition, illness, or injury. Durable medical equipment is used repeatedly, and includes things like wheelchairs, braces, crutches, and other items. Medical supplies are items meant for one-time use and then thrown away	As medically necessary, some service and age limits apply. Call 800-477-6931 or TTY: 711 for more information. You pay nothing	May need prior authorization
Early Intervention Services	Services to children ages 0 - 3 who have developmental delays and other conditions	We cover medically necessary: - One initial evaluation per lifetime, completed by a team - Up to 3 screenings per year - Up to 3 follow-up evaluations per year - Up to 2 training or support sessions per week You pay nothing	No prior authorization required
Emergency Transportation Services	Transportation provided by ambulances or air ambulances (helicopter or airplane) to get you to a hospital because of an emergency	Covered as medically necessary. You pay nothing	No prior authorization required

Evaluation and Management Services	Services for doctor's visits to stay healthy and prevent or treat illness	We cover medically necessary: <ul style="list-style-type: none"> - One adult health screening (check-up) per year - Well-child visits are provided based on age and developmental needs - One visit per month for people living in nursing facilities - Up to two office visits per month for adults to treat illnesses or conditions - See Expanded Benefits section after this section for more details. You pay nothing	May need prior authorization
Family Therapy Services	Services for families to have therapy sessions with a mental health professional	We cover medically necessary: <ul style="list-style-type: none"> - Up to 26 hours per year - See Expanded Benefits section after this section for more details. You pay nothing	May need prior authorization
Family Training and Counseling for Child Development	Services to support a family during their child's mental health treatment	As medically necessary and recommended by us You pay nothing	May need prior authorization
Gastrointestinal Services	Services to treat conditions, illnesses, or diseases of the stomach or digestion system	We cover: <ul style="list-style-type: none"> - Covered as medically necessary You pay nothing	May need prior authorization
Genitourinary Services	Services to treat conditions, illnesses, or diseases of the genitals or urinary system	We cover: <ul style="list-style-type: none"> - Covered as medically necessary You pay nothing	May need prior authorization
Group Therapy Services	Services for a group of people to have therapy sessions with a mental health professional	We cover medically necessary: <ul style="list-style-type: none"> - Up to 39 hours per year - See Expanded Benefit section after this section for more details. You pay nothing	May need prior authorization

Hearing Services	Hearing tests, treatments and supplies that help diagnose or treat problems with your hearing. This includes hearing aids and repairs	We cover hearing tests and the following as prescribed by your doctor, when medically necessary: <ul style="list-style-type: none"> - Cochlear implants - One new hearing aid per ear, once every 3 years - Repairs - See Expanded Benefit section after this section for more details You pay nothing	May need prior authorization
Home Health Services	Nursing services and medical assistance provided in your home to help you manage or recover from a medical condition, illness or injury	We cover, when medically necessary: <ul style="list-style-type: none"> - Up to 4 visits per day for pregnant recipients and recipients ages 0-20 - Up to 3 visits per day for all other recipients - See Expanded Benefit section after this section for additional details You pay nothing	May need prior authorization
Hospice Services	Medical care, treatment, and emotional support services for people with terminal illnesses or who are at the end of their lives to help keep them comfortable and pain free. Support services are also available for family members or caregivers	- Covered as medically necessary Copayment: See information on Patient Responsibility for copayment information, you may have Patient Responsibility for hospice services whether living at home, in a facility, or in a nursing facility	May need prior authorization
Individual Therapy Services	Services for people to have one-to-one therapy sessions with a mental health professional	We cover medically necessary: <ul style="list-style-type: none"> - Up to 26 hours per year - See Expanded Benefit section after this section for additional details You pay nothing	No prior authorization required

Infant Mental Health Pre and Post Testing Services	Testing services by a mental health professional with special training in infants and young children	As medically necessary and recommended by us You pay nothing	May need prior authorization
Inpatient Hospital Services	Medical care that you get while you are in the hospital. This can include any tests, medicines, therapies and treatments, visits from doctors and equipment that is used to treat you	We cover the following inpatient hospital services based on age and situation, when medically necessary: - Up to 365/366 days for recipients ages 0-20 - Up to 45 days for all other recipients (extra days are covered for emergencies) You pay nothing	May need prior authorization
Integumentary Services	Services to diagnose or treat skin conditions, illnesses or diseases	- Covered as medically necessary You pay nothing	May need prior authorization
Laboratory Services	Services that test blood, urine, saliva or other items from the body for conditions, illnesses or diseases	- Covered as medically necessary You pay nothing	May need prior authorization
Medical Foster Care Services	Services that help children with health problems who live in foster care homes	Must be in the custody of the Department of Children and Families You pay nothing	No prior authorization required
Medication Assisted Treatment Services	Services used to help people who are struggling with drug addiction	- Covered as medically necessary You pay nothing	May need prior authorization
Medication Management Services	Services to help people understand and make the best choices for taking medication	- Covered as medically necessary You pay nothing	May need prior authorization
Mental Health Partial Hospitalization Program Services	Treatment provided for more than 3 hours per day, several days per week, for people who are recovering from mental illness	As medically necessary and recommended by us You pay nothing	May need prior authorization

Mental Health Targeted Case Management	Services to help get medical and behavioral health care for people with mental illnesses	Covered as medically necessary You pay nothing	May need prior authorization
Mobile Crisis Assessment and Intervention Services	A team of health care professionals who provide emergency mental health services, usually in people's homes	As medically necessary and recommended by us You pay nothing	May need prior authorization
Neurology Services	Services to diagnose or treat conditions, illnesses or diseases of the brain, spinal cord or nervous system	- Covered as medically necessary You pay nothing	May need prior authorization
Non-Emergency Transportation Services	Transportation to and from all of your medical appointments. This could be on the bus, a van that can transport disabled people, a taxi, or other kinds of vehicles	We cover the following services for recipients who have no transportation: - Out-of-state travel - Transfers between hospitals or facilities - Escorts when medically necessary You pay nothing	May need prior authorization
Nursing Facility Services	Medical care or nursing care that you get while living full-time in a nursing facility. This can be short-term rehabilitation stay or long-term	- We cover 365/366 days of services in nursing facilities as medically necessary Copayment: See information on Patient Responsibility for room & board copayment information	May need prior authorization

Occupational Therapy Services	Occupational therapy includes treatments that help you do things in your daily life, like writing, feeding yourself, and using items around the house	<p>We cover for children ages 0-20 and for adults under the \$1,500 outpatient services cap, as medically necessary:</p> <ul style="list-style-type: none"> - One initial evaluation per year - Up to 210 minutes of treatment per week - One initial wheelchair evaluation per 5 years <p>We cover for people of all ages, as medically necessary:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Follow-up wheelchair evaluations, one at delivery and one 6-months later <p>You pay nothing</p>	<p>Initial evaluation- No prior authorization required.</p> <p>Ongoing treatment- Prior authorization required</p>
Oral Surgery Services	Services that provide teeth extractions (removals) and to treat other conditions, illnesses or diseases of the mouth and oral cavity	<ul style="list-style-type: none"> - Covered as medically necessary <p>You pay nothing</p>	May need prior authorization
Orthopedic Services	Services to diagnose or treat conditions, illnesses or diseases of the bones or joints	<ul style="list-style-type: none"> - Covered as medically necessary <p>You pay nothing</p>	May need prior authorization
Outpatient Hospital Services	Medical care that you get while you are in the hospital but are not staying overnight. This can include any tests, medicines, therapies and treatments, visits from doctors and equipment that is used to treat you	<ul style="list-style-type: none"> - Emergency services are covered as medically necessary - Non-emergency services cannot cost more than \$1,500 per year for recipients ages 21 and over - See the Expanded Benefit section after this section for additional details <p>You pay nothing</p>	May need prior authorization
Pain Management Services	Treatments for long-lasting pain that does not get better after other services have been provided	<ul style="list-style-type: none"> - Covered as medically necessary. Some service limits may apply <p>You pay nothing</p>	May need prior authorization

Partial Hospitalization Services	Services for people leaving a hospital for mental health treatment	As medically necessary and recommended by us You pay nothing	May need prior authorization
Physical Therapy Services	Physical therapy includes exercises, stretching and other treatments to help your body get stronger and feel better after an injury, illness or because of a medical condition	We cover for children ages 0-20 and for adults under the \$1,500 outpatient services cap, as medically necessary: <ul style="list-style-type: none"> - One initial evaluation per year - Up to 210 minutes of treatment per week - One initial wheelchair evaluation per 5 years We cover for people of all ages, as medically necessary: <ul style="list-style-type: none"> - Follow-up wheelchair evaluations, one at delivery and one 6-months later You pay nothing	Initial evaluation- No prior authorization required. Ongoing treatment- Prior authorization required
Podiatry Services	Medical care and other treatments for the feet	We cover, as medically necessary: <ul style="list-style-type: none"> - Up to 24 office visits per year - Foot and nail care - X-rays and other imaging for the foot, ankle and lower leg - Surgery on the foot, ankle or lower leg You pay nothing	May need prior authorization
Prescribed Drug Services	This service is for drugs that are prescribed to you by a doctor or other health care provider	We cover, as medically necessary: <ul style="list-style-type: none"> - Up to a 34-day supply of drugs, per prescription - Refills, as prescribed You pay nothing	No prior authorization required
Private Duty Nursing Services	Nursing services provided in the home to people ages 0 to 20 who need constant care	We cover, as medically necessary: <ul style="list-style-type: none"> - Up to 24 hours per day You pay nothing	May need prior authorization

Psychological Testing Services	Tests used to detect or diagnose problems with memory, IQ or other areas	We cover, as medically necessary: - 10 hours of psychological testing per year - See Expanded Benefit section after this section for additional details. You pay nothing	May need prior authorization
Psychosocial Rehabilitation Services	Services to assist people re-enter everyday life. They include help with basic activities such as cooking, managing money and performing household chores	We cover, as medically necessary: - Up to 480 hours per year - See Expanded Benefit section after this section for additional details. You pay nothing	May need prior authorization
Radiology and Nuclear Medicine Services	Services that include imaging such as x-rays, MRIs or CAT scans. They also include portable x-rays	- Covered as medically necessary You pay nothing	May need prior authorization
Regional Perinatal Intensive Care Center Services	Services provided to pregnant women and newborns in hospitals that have special care centers to handle serious conditions	Covered as medically necessary You pay nothing	May need prior authorization
Reproductive Services	Services for women who are pregnant or want to become pregnant. They also include family planning services that provide birth control drugs and supplies to help you plan the size of your family	We cover medically necessary family planning services. You can get these services and supplies from any Medicaid provider; they do not have to be a part of our Plan. You do not need prior approval for these services. These services are free. These services are voluntary and confidential, even if you are under 18 years old. You pay nothing	May need prior authorization

Respiratory Services	Services that treat conditions, illnesses or diseases of the lungs or respiratory system	We cover medically necessary: <ul style="list-style-type: none"> - Respiratory testing - Respiratory surgical procedures - Respiratory device management You pay nothing	May need prior authorization
Respiratory Therapy Services	Services for recipients ages 0-20 to help you breathe better while being treated for a respiratory condition, illness or disease	We cover medically necessary: <ul style="list-style-type: none"> - One initial evaluation per year - One therapy re-evaluation per 6 months - Up to 210 minutes of therapy treatments per week (maximum of 60 minutes per day) - See Expanded Benefit section below this section for additional details You pay nothing	Initial evaluation- No prior authorization required. Ongoing treatment- Prior authorization required
Self-Help/Peer Services	Services to help people who are in recovery from an addiction or mental illness	As medically necessary and recommended by us You pay nothing	May need prior authorization
Specialized Therapeutic Services	Services provided to children ages 0-20 with mental illnesses or substance use disorders	We cover the following medically necessary: <ul style="list-style-type: none"> - Assessments - Foster care services - Group home services You pay nothing	May need prior authorization
Speech-Language Pathology Services	Services that include tests and treatments help you talk or swallow better	We cover the following medically necessary services for children ages 0-20: <ul style="list-style-type: none"> - Communication devices and services - Up to 210 minutes of treatment per week - One initial evaluation per year We cover the following medically necessary services for adults: <ul style="list-style-type: none"> - One communication evaluation per 5 years You pay nothing	Initial evaluation- No prior authorization required. Ongoing treatment- Prior authorization required

Statewide Inpatient Psychiatric Program Services	Services for children with severe mental illnesses that need treatment in the hospital	- Covered as medically necessary for children ages 0-20 You pay nothing	May need prior authorization
Substance Abuse Intensive Outpatient Program Services	Treatment provided for more than 3 hours per day, several days per week, for people who are recovering from substance use disorders	As medically necessary and recommended by us You pay nothing	May need prior authorization
Substance Abuse Short-term Residential Treatment Services	Treatment for people who are recovering from substance use disorders	As medically necessary and recommended by us You pay nothing	May need prior authorization
Therapeutic Behavioral On-Site Services	Services provided by a team to prevent children ages 0-20 with mental illnesses or behavioral health issues from being placed in a hospital or other facility	We cover medically necessary services: - Up to 9 hours per month - See Expanded Benefit section below this section for additional details. You pay nothing	May need prior authorization
Transplant Services	Services that include all surgery and pre- and post-surgical care	Covered as medically necessary You pay nothing	May need prior authorization

Visual Aid Services	Visual Aids are items such as glasses, contact lenses and prosthetic (fake) eyes	<p>We cover the following medically necessary services when prescribed by your doctor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Two pairs of eyeglasses for children ages 0-20 - One frame every two years and two lenses every 365 days for adults ages 21 and older - Contact lenses - Prosthetic eyes <p>See Expanded Benefit section below this section for addition details</p> <p>You pay nothing</p>	May need prior authorization
Visual Care Services	Services that test and treat conditions, illnesses and diseases of the eyes	<ul style="list-style-type: none"> - Covered as medically necessary <p>You pay nothing</p>	May need prior authorization

Your Plan Benefits: Expanded Benefits

Expanded benefits are extra goods or services we provide to you, free of charge. Call Member Services at 800-477-6931 (TTY: 711) to ask about getting expanded benefits.

Service	Description	Coverage/Limitations	Prior Authorization
Acupuncture Services	Treatment for pain	<p>Adult members Age 21 and older are covered for unlimited acupuncture services.</p> <p>You pay nothing</p>	May need prior authorization

Behavioral Health Services	Mental health services	<p>As medically necessary, members Age 21 and older are covered for mental health services which includes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Home visits by a clinical social worker - Assessment and screening services - Intensive outpatient treatment - Day services/day treatment - Medical services including: <ul style="list-style-type: none"> - Verbal interaction - Medication management - Drug screenings - Computerized cognitive behavioral therapy - Community based wraparound services (up to 10 hours per week for up to 4 months) - Medication assisted treatment - Psychosocial rehabilitation - Substance abuse treatment or detox - Individual or family therapy - Group therapy - Therapeutic behavioral onsite services - Targeted case management <p>You pay nothing</p>	May need prior authorization
----------------------------	------------------------	---	------------------------------

Cellular Phone Services	Cell phone services to help you stay connected	<p>This benefit is good for one cell phone/smartphone a household. Members who are under 18 will need a parent or guardian to sign up. This benefit covers:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 cell phone/smartphone - 1 charger - One set of instructions - 350 voice minutes per month - 4.5GB data per month - Unlimited text messages per month - Training for you and your caregiver at the first case manager orientation visit - Calls to Humana Customer Care for health plan assistance and 911 for emergencies are free even if you run out of minutes - You must make at least 1 phone call or send 1 text message every month in order to keep your benefit <p>Additional cell phone benefits may be given to members who are under case or disease management</p> <p>You pay nothing</p>	May require plan approval; must be through Humana's partner cell phone company. Call Member Services to see if you qualify
Chiropractic Services	Used to help stop pain	<p>Adult members Age 21 and older are covered for unlimited chiropractic services.</p> <p>You pay nothing</p>	May need prior authorization
Day Trip - Meal Reimbursement/ Allowance	Get money spent on meals during medical trips returned	<p>Adult members Age 21 and older, up to \$1000 a year (\$200 daily limit) for same-day medical trips more than 100 miles from home</p> <p>You will be refunded</p>	No prior authorization required, Call Member Services to see if you qualify

Disaster Preparedness /Relief Meals	Help with food before a disaster	1 box of 10 shelf-stable meals before a hurricane or other disaster, twice annually. You pay nothing	No prior authorization required, Call Member Services for more information
Doula Services	Get help during pregnancy	Doula services when you are pregnant: <ul style="list-style-type: none"> - 4 Prenatal visits - 1 Birth coaching assistance during vaginal delivery - 4 Postpartum visits You pay nothing	No prior authorization required, Call Member Services for more information
Durable Medical Equipment and Supplies	Medical supplies and equipment	Adult members Age 21 and older are covered for the following: <ul style="list-style-type: none"> - CPAP machines and oxygen - Glucose pods - Glucose monitoring supplies - Members that are under care management for congestive heart failure (CHF) can receive 1 weight scale every 3 years. - Members that are under care management for hypertension or pre-eclampsia can receive 1 digital blood pressure cuff every 3 years You pay nothing	May need prior authorization; Call Member Services to see if you qualify
Financial Literacy	Financial Literacy	Adult members Age 21 and older: <ul style="list-style-type: none"> - Up to 6 life coaching sessions for money management/ budgeting. - Access to financial vendor for personal financial coaching, investment education, credit counseling, tax consultation and a 25% discount on tax preparation. You pay nothing	No prior authorization required

Go365 Wellness for Pediatrics	Wellness program through Go365 for pediatric members	Members Age 0 to 18 can access the pediatric wellness program through Go365 for Humana Healthy Horizons. You pay nothing	No prior authorization required
Hearing Services	Services to help you hear	You are covered for medically necessary hearing screenings and diagnostic testing. Adult members Age 21 and older, the plan covers: <ul style="list-style-type: none"> - 1 hearing aid assessment, fitting, checking, and evaluation every 2 years - 1 in ear monaural hearing aid per ear each year - 1 hearing aid, all other types, per ear every 2 years Call Hear USA at 877-664-9353 for a hearing provider near you You pay nothing	No prior authorization required
Home Delivered Meals	Service to deliver healthy meals to your home	Adult members Age 21 and older, 10 meals delivered to your home once per year You pay nothing	Call Member Services to see if you qualify
Housing Assistance	Assistance with housing related items	Adult members Age 21 and older can have up to \$500 lifetime maximum You pay nothing	Call Member Services to see if you qualify
Legal Guardianship	Assistance with obtaining legal guardianship	Up to \$500 per lifetime for members age 17 and older in a skilled nursing facility (SNF) or private duty nursing (PDN) setting, and their parent is obtaining guardianship to protect individuals unable to care for their own well-being	Care manager approval required
Massage Therapy Services	Massage therapy to enhance health and well-being.	Adult member Age 21 and older may have massage services as needed for pain management You pay nothing	Referral required but it does not have to be from a PCP
Newborn Circumcision	Newborn Circumcision	Your male baby is covered You pay nothing.	No prior authorization required

Nutritional Counseling	Nutritional well-being	Adult members Age 21 and older, necessary nutritional counseling with providers You pay nothing	May need prior authorization or PCP referral
Occupational, Physical, Respiratory, and Speech Therapy Services	Therapy treatments that help you do things in your daily life	Adult members Age 21 and older are covered for: <ul style="list-style-type: none"> - 1 evaluation/re-evaluation per year and - Up to 7 therapy units per week, for occupational, physical, and speech services - Up to 1 unit per day for respiratory therapy services You pay nothing	Initial evaluation- No prior authorization required. Ongoing treatment- Prior authorization required
Outpatient Hospital Services	Outpatient Services	Adult members Age 21 and older, no dollar limit on services You pay nothing	May need prior authorization
Over-the-Counter (OTC) Drug Allowance	Allowance to purchase over the counter products	Members get \$25 per household, monthly You pay nothing	Please call Member Services for more information
Post Discharge Home Delivered Meals	Meals delivered to your home.	You may get 10 meals delivered to your home after discharge from hospital You pay nothing	Requires authorization
Prenatal/ Perinatal Services	Care before and after pregnancy	For members Age 10-59, the plan covers: <ul style="list-style-type: none"> - 1 hospital grade breast pump per year, rental only - 1 regular breast pump per 2 years, rental only - Prenatal visits, 14 visits for low-risk pregnancies, 18 visits for high-risk pregnancies - Postpartum care, 3 visits within 90 days following delivery You pay nothing	May require prior authorization

Prevention Kit - Flu/Pandemic	A flu/pandemic prevention kit that includes: <ul style="list-style-type: none"> - 10 3-ply face masks - Hand sanitizer - Oral digital thermometer 	Available to first 1,000 Humana Healthy Horizons in Florida members (18 and older) who get a flu vaccine	May require care manager approval
Primary Care Services	Primary care provider visits	Adult members Age 21 and older, unlimited primary care provider visits You pay nothing	No prior authorization required
Swimming Lessons	Drowning prevention lesson	Members up to age 21 are covered for swimming lessons up to \$200 a year. This is limited to 1000 enrollees per year. Your cost will be reimbursed	Call Member Services to see if you qualify
Tutoring	Tutoring Services for members in kindergarten through 12th grade	Access to online tutoring services up to 2 hours per week You pay nothing	May require plan approval
Vaccines	Health and well-being	Adult members Age 21 and older may get a Pneumonia, Tdap (once per pregnancy), Influenza (flu) and Shingles vaccine. Talk to your provider to find out more. You pay nothing	No prior authorization required
Vision Services	Eye care services	Adult members Age 21 and older, the plan covers <ul style="list-style-type: none"> - 1 eye exam a year and one of the following: <ul style="list-style-type: none"> - 1 set of frames a year, - member pays any cost over \$75 for luxury frames - A 6-month supply of contact lenses with a doctor's prescription You pay nothing unless you select luxury frames that cost over \$75	May require plan approval

Section 13: Long-Term Care (LTC) Program Helpful Information

(Read this section if you are in the LTC program. If you are not in the LTC program, skip to Section 15)

Starting Services

It is important that we learn about you so we can make sure you get the care that you need. Your case manager will set up a time to come to your home or nursing facility to meet you. The visit may take up to three (3) hours.

At this first visit, your case manager will tell you about the LTC program and our Plan. She or he will also ask you questions about:

- Your health.
- How you take care of yourself.
- How you spend your time.
- Who helps takes care of you; and
- Other things.

These questions make up your **initial assessment**. The initial assessment helps us learn about what you need to live safely in your home. It also helps us decide what services will help you the most.

Developing a Plan of Care

Before you can begin to get services under the LTC program, you must have a **person-centered plan of care (plan of care)**. Your case manager makes your plan of care with you. Your plan of care is the document that tells you all about the services you get from our LTC program. Your case manager will talk to you and any family members or caregivers you want to include to decide what LTC services will help. They will use the initial assessment and other information to make a plan that is just for you. Your plan of care will tell you:

- What services you are getting
- Who is providing your service (your service providers)
- How often you get a service
- When a service starts and when it ends (if it has an end date)
- What your services are trying to help you do. For example, if you need help doing light housekeeping tasks around your house, your plan of care will tell you that an adult companion care provider comes 2 days a week to help with your light housekeeping tasks.
- How your LTC services work with other services you get from outside our Plan, such as from Medicare, your church or other federal programs

⁷ You can find a copy of the Statewide Medicaid Managed Care Long-Term Care Program Coverage Policy at http://ahca.myflorida.com/medicaid/review/Specific/59G-4.192_LTC_Program_Policy.pdf

- Your **personal goals**

We don't just want to make sure that you are living safely. We also want to make sure that you are happy and feel connected to your community and other people. When your case manager is making your plan of care, they will ask you about any **personal goals** you might have. These can be anything, really, but we want to make sure that your LTC services help you accomplish your goals. Some examples of personal goals include:

- Walking for 10 minutes every day
- Calling a loved one once a week
- Going to the senior center once a week
- Moving from a nursing facility to an assisted living facility

You or your **authorized representative** (someone you trust who is allowed to talk to us about your care) must sign your plan of care. This is how you show you agree with the **services on your plan of care**.

Your case manager will send your PCP a copy of your plan of care. They will also share it with your other health care providers.

Updating your Plan of Care

Every month your case manager will call you to see how your services are going and how you are doing. If any changes are made, she or he will update your plan of care and get you a new copy.

Your case manager will come to see you in person to review your plan of care every 90 days (or about 3 months). This is a good time to talk to them about your services, what is working and isn't working for you, and how your goals are going. They will update your plan of care with any changes. Every time your plan of care changes, you or your authorized representative must sign it.

Remember, you can call your case manager any time to talk about problems you have, changes in your life, or other things. Your case manager or a health plan representative is available to you when you need them.

Your Back-Up Plan

Your case manager will help you make a **back-up plan**. A back-up plan tells you what to do if a service provider does not show up to give a service. For example, your home health aide did not come to give you a bath.

Remember, if you have any problems getting your services, call your case manager.

⁷ You can find a copy of the Statewide Medicaid Managed Care Long-Term Care Program Coverage Policy at http://ahca.myflorida.com/medicaid/review/Specific/59G-4.192_LTC_Program_Policy.pdf

Section 14: Your Plan Benefits: Long-Term Care Services

The table below lists the Long-Term care services covered by our Plan. Remember, services must be medically necessary for us to pay for them⁷.

If there are changes in covered services or other changes that will affect you, we will notify you in writing at least 30 days before the effective date of the change.

If you have any questions about any of the covered Long-Term care services, please call your case manager or Member Services.

Service	Description	Prior Authorization
Adult Companion Care	<p>This service helps you fix meals, do laundry and light housekeeping.</p> <p>You pay nothing</p>	May need prior authorization
Adult Day Health Care	<p>Supervision, social programs, and activities provided at an adult day care center during the day. If you are there during mealtimes, you can eat there.</p> <p>You pay nothing</p>	May need prior authorization
Assistive Care Services	<p>These are 24-hour services if you live in an adult family care home.</p> <p>You pay nothing</p>	May need prior authorization
Assisted Living	<p>These are services that are usually provided in an assisted living facility. Services can include housekeeping, help with bathing, dressing, and eating, medication assistance, and social programs.</p> <p>Copayment: See Section 18 for Patient Responsibility information</p>	May need prior authorization
Attendant Nursing Care	<p>Nursing services and medical assistance provided in your home to help you manage or recover from a medical condition, illness, or injury</p> <p>You pay nothing</p>	May need prior authorization

⁷ You can find a copy of the Statewide Medicaid Managed Care Long-Term Care Program Coverage Policy at http://ahca.myflorida.com/medicaid/review/Specific/59G-4.192_LTC_Program_Policy.pdf

Behavioral Management	<p>Services for mental health or substance abuse needs</p> <p>You pay nothing</p>	May need prior authorization
Caregiver Training	<p>Training and counseling for the people who help take care of you</p> <p>You pay nothing</p>	May need prior authorization
Care Coordination/ Case Management	<p>Services that help you get the services and support you need to live safely and independently. This includes having a case manager and planning of care that lists all the services you need and receive.</p> <p>You pay nothing</p>	May need prior authorization
Home Accessibility/ Adaptation Services	<p>This service makes changes to your home to help you live and move in your home safely and more easily. It can include changes like installing grab bars in your bathroom or a special toilet seat. It does not include major changes like new carpeting, roof repairs, plumbing systems, etc.</p> <p>You pay nothing</p>	May need prior authorization
Home Delivered Meals	<p>This service delivers healthy meals to your home.</p> <p>You pay nothing</p>	May need prior authorization
Homemaker Services	<p>This service helps you with general household activities, like meal preparation and routine home chores.</p> <p>You pay nothing</p>	May need prior authorization

Hospice	<p>Medical care, treatment, and emotional support services for people with terminal illnesses or who are at the end of their lives to help keep them comfortable and pain free. Support services are also available for family members or caregivers.</p> <p>Copayment: See Section 18 for patient responsibility information</p>	May need prior authorization
Intermittent and Skilled Nursing	<p>Extra nursing help if you do not need nursing supervision all the time or need it at a regular time</p> <p>You pay nothing</p>	May need prior authorization
Medical Equipment and Supplies	<p>Medical equipment is used to help manage and treat a condition, illness, or injury. Medical equipment is used repeatedly, and includes things like wheelchairs, braces, walkers, and other items.</p> <p>Medical supplies are used to treat and manage conditions, illnesses, or injury. Medical supplies include things that are used and then thrown away, like bandages, gloves, and other items.</p> <p>You pay nothing</p>	May need prior authorization
Medication Administration	<p>Help taking medications if you can't take medication by yourself</p> <p>You pay nothing</p>	May need prior authorization
Medication Management	<p>A review of all the prescription and over-the-counter medications you are taking</p> <p>You pay nothing</p>	May need prior authorization
Nutritional Assessment/Risk Reduction Services	<p>Education and support for you and your family or caregiver about your diet and the foods you need to eat to stay healthy</p> <p>You pay nothing</p>	May need prior authorization

Nursing Facility Services	<p>Nursing facility services include medical supervision, 24-hour nursing care, help with day-to-day activities, physical therapy, occupational therapy, and speech-language pathology</p> <p>Copayment: See Section 18 for patient responsibility information</p>	May need prior authorization
Personal Care	<p>These are in-home services to help you with:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bathing • Dressing • Eating • Personal Hygiene <p>You pay nothing</p>	May need prior authorization
Personal Emergency Response Systems (PERS)	<p>An electronic device that you can wear or keep near you that lets you call for emergency help anytime</p> <p>You pay nothing</p>	May need prior authorization
Respite Care	<p>This service lets your caregivers take a short break. You can use this service in your home, an Assisted Living Facility or a Nursing Facility.</p> <p>You pay nothing</p>	May need prior authorization
Occupational Therapy	<p>Occupational therapy includes treatments that help you do things in your daily life, like writing, feeding yourself, and using items around the house.</p> <p>You pay nothing</p>	<p>Initial evaluation- No prior authorization required.</p> <p>Ongoing treatment- Prior authorization required</p>
Physical Therapy	<p>Physical therapy includes exercises, stretching, and other treatments to help your body get stronger and feel better after an injury, illness, or because of a medical condition.</p> <p>You pay nothing</p>	<p>Initial evaluation- No prior authorization required.</p> <p>Ongoing treatment- Prior authorization required</p>

Respiratory Therapy	Respiratory therapy includes treatments that help you breathe better. You pay nothing	Initial evaluation- No prior authorization required. Ongoing treatment- Prior authorization required
Speech Therapy	Speech therapy includes tests and treatments that help you talk or swallow. You pay nothing	Initial evaluation- No prior authorization required. Ongoing treatment- Prior authorization required
Transportation	Transportation to and from all your LTC program services. This could be on the bus, a van that can transport disabled people, a taxi, or other kinds of vehicles. You pay nothing	May need prior authorization

Long-Term Care Participant Direction Option (PDO)

You may be offered the Participant Direction Option (PDO). You can use PDO if you use any of these services and live in your home:

- Attendant care services
- Homemaker services
- Personal Care services
- Adult companion care services
- Intermittent and skilled nursing care services

PDO lets you **self-direct** your services. This means you get to choose your service provider and how and when you get your service. You must hire, train, and supervise the people who work for you (your direct service workers).

You can hire family members, neighbors, or friends. You will work with a case manager who can help you with PDO.

If you are interested in PDO, ask your case manager for more details. You can also ask for a copy of the PDO Guidelines to read and help you decide if this option is the right choice for you.

Your Plan Benefits: LTC Expanded Benefits

Expanded benefits are extra services we provide to you at no cost. Talk to your case manager about getting expanded benefits.

Service	Description	Coverage/Limitations	Prior Authorization
Assisted Living Facility Bed Hold	Up to 30-day bed hold	<p>Members Age 18 and older, your bed will be saved for up to 30 days each time you leave an assisted living facility (ALF) or adult family care home (AFCH)</p> <ul style="list-style-type: none"> - You must plan to go back to the ALF/AFCH - You must pay your room and board and share of payments when you are away - You must live in the ALF/AFCH for at least 30 days between each time you leave - The ALF/AFCH must tell Humana you have left within 24 hours <p>You pay nothing</p>	Prior authorization required
Assisted Living Facility - Move-In Basket	A move-in basket with up to \$50 worth of items, once per lifetime.	<p>Members Age 21 and older and currently living in an assisted living facility (ALF) or those who transition/move into an ALF. Members can pick between two baskets:</p> <p>Basket 1: An insulated tumbler, rainbow medication tray, and plush Sherpa home throw blanket inside a clear casual tote bag</p> <p>Basket 2: A bottle holder, green carabiner, copper vacuum insulated bottle, Arctic Zone thermal copper mug and a domino set inside a black tote bag</p>	To pick your basket, talk to your care manager

Durable Medical Equipment and Supplies	Medical supplies and equipment	<p>You are covered for the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Members Age 21 and older that are under care management for congestive heart failure (CHF) can receive 1 weight scale every 3 years - Members Age 21 and older that are under care management for hypertension or pre-eclampsia can receive 1 digital blood pressure cuff every 3 years <p>You pay nothing</p>	May need prior authorization; Call Member Services to see if you qualify
Cellular Phone Services	Cell phone services to help you stay connected	<p>This benefit is good for one cell phone/smartphone a household. Members who are under 18 will need a parent or guardian to sign up. This benefit covers:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 cell phone/smartphone - 1 charger - One set of instructions - 350 voice minutes per month - 4.5GB data per month - Unlimited text messages a month - Training for you and your caregiver at the first case manager orientation visit - Calls to Humana Member Services for health plan assistance and 911 for emergencies are free even if you run out of minutes - You must make at least 1 phone call or send 1 text message every month to keep your benefit <p>Additional cell phone benefits may be given to members who are under case or disease management.</p> <p>You pay nothing</p>	May require plan approval; must be through Humana's partner cell phone company. Call Member Services to see if you qualify

Day Trip - Meal Reimbursement/ Allowance	Get money spent on meals during medical trips returned	Members Age 21 and older, up to \$1000 a year for same-day medical trips more than 100 miles from home You will be reimbursed	Prior authorization required, Call Member Services to see if you qualify
Healthy Living Benefit	Healthy lifestyle aids	Members 21 and older, can choose 2 healthy lifestyle aids, once per lifetime, to help maintain independence in their home: digital scale, home blood pressure cuff, peak flow meter, reachers/grabbers, lumbar pillow, personal fan, clip on lamp, walker bag*, 2 face mask*	May require care manager approval
Hearing Services	Services for hearing	You are covered for medically necessary hearing screenings and diagnostic testing. For members Age 21 and older, the plan covers: <ul style="list-style-type: none"> - 1 hearing aid assessment, fitting, checking, and evaluation every 2 years - 1 in ear monaural hearing aid per ear annually - 1 hearing aid, all other types, per ear every two 2 years Call Hear USA at 877-664- 9353 for a hearing provider near you You pay nothing	No prior authorization required
Individual Therapy Sessions to Caregivers	Individual Therapy Sessions to Caregivers	Members Age 18 and older, unlimited counseling visits for the people who help take care of you You pay nothing	May need prior authorization

Legal Guardianship	Assistance with obtaining legal guardianship	Up to \$500 per lifetime for members Age 17 and older in a skilled nursing facility (SNF) or private duty nursing (PDN) setting, and their parent is obtaining guardianship to protect individuals unable to care for their own well-being	Care manager approval required
Non-Emergency Transportation	Non-Emergency Transportation	Members Age 21 and older, this benefit covers 3 roundtrip services per month. The trips must be within your local area. This benefit is for members who live in a home or community-based setting You pay nothing	May need prior authorization
Outpatient Hospital Services	Outpatient Hospital Services	Members Age 21 and older, no monetary limit on outpatient services. You pay nothing	May need prior authorization or a referral
Over-the-Counter (OTC) Drug Allowance	Over the Counter (OTC) Drug Allowance	Members get \$25 per household, monthly You pay nothing	No prior authorization required
Prevention Kit - Flu/Pandemic	A flu/pandemic prevention kit that includes: - 10 3-ply face masks - Hand sanitizer - Oral digital thermometer	Available for the first 1,000 members Age 18 and older who receive their flu shot	May require care manager approval
Transition Assistance out of a Nursing Facility	Helps with paying for things like housing and other living costs	Members Age 18 and older can get up to \$5,000 per lifetime to help you move This benefit is for members who: - Are moving out of the nursing facility into their own home - Are paying their own living costs You pay nothing	Prior authorization required

Transportation - Caregiver	Transportation for the member's caregiver	For members living in an assisted living facility, eligible caregivers can get four one-way trips per month to visit the member in the facility	To set up transportation, call member's care manager
Vaccines	Vaccines	Adult members age 21 and older may get a Pneumonia, Influenza (flu) and Shingles vaccine. Talk to your provider for more information You pay nothing	May need prior authorization
Vision Services	Services for vision	You are covered for medically necessary services adult members age 21 and older, the plan covers: <ul style="list-style-type: none"> - 1 eye exam per year and one of the following: - 1 set of frames per year; member pays any cost over \$75 for luxury frames - A 6-month supply of contact lenses with a doctor's prescription You pay nothing unless you select luxury frames that cost over \$75	No prior authorization required

Section 15: Member Satisfaction

Complaints, Grievances, and Plan Appeals

We want you to be happy with us and the care you receive from our providers. Let us know right away if at any time you are not happy with anything about us or our providers. This includes if you do not agree with a decision we have made.

	What You Can Do:	What We Will Do:
If you are not happy with us or our providers, you can file a Complaint	You can: <ul style="list-style-type: none"> • Call us at any time. Member Services 800-477-6931 (TTY: 711)	We will: <ul style="list-style-type: none"> • Try to solve your issue within 1 business day

	What You Can Do:	What We Will Do:
If you are not happy with us or our providers, you can file a Grievance	<p>You can:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Use our online form to file a grievance at https://resolutions.humana.com/grievances-appeals-forms/file-a-report • Write us or call us at any time. • Call us to ask for more time to solve your grievance if you think more time will help. <p>P.O. Box 14546 Lexington, KY 40512-4546</p> <p>Member Services 800-477-6931 (TTY: 711)</p>	<p>We will:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Review your grievance and send you a letter with our decision within 90 days. <p>If we need more time to solve your grievance, we will:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Send you a letter with our reason and tell you about your rights if you disagree.
If you do not agree with a decision we made about your services, you can ask for an Appeal	<p>You can:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Use our online form to file an appeal, write us, or call us and follow up in writing, within 60 days of our decision about your services. • Ask for your services to continue within 10 days of receiving our letter, if needed. Some rules may apply. <p>P.O. Box 14546 Lexington, KY 40512-4546</p> <ul style="list-style-type: none"> • Use our online appeal tracker to check the status of a medical appeal <p>Member Services 800-477-6931 (TTY: 711)</p>	<p>We will:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Send you a letter within 5 business days to tell you we received your appeal. • Help you complete any forms. • Review your appeal and send you a letter within 30 days to answer you.
If you think waiting for 30 days will put your health in danger, you can ask for an Expedited or "Fast" Appeal	<p>You can:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Write us or call us within 60 days of our decision about your services. <p>P.O. Box 14546 Lexington, KY 40512-4546 Fax 855-336-6220</p> <p>Member Services 800-477-6931 (TTY: 711)</p>	<p>We will:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Give you an answer within 48 hours after we receive your request. • Call you the same day if we do not agree that you need a fast appeal and send you a letter within 2 days.

	What You Can Do:	What We Will Do:
If you do not agree with our appeal decision, you can ask for a Medicaid Fair Hearing	<p>You can:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Write to the Agency for Health Care Administration Office of Fair Hearings. • Ask us for a copy of your medical record. • Ask for your services to continue within 10 days of receiving our letter, if needed. Some rules may apply. <p>**You must finish the appeal process before you can have a Medicaid Fair Hearing.</p>	<p>We will:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Provide you with transportation to the Medicaid Fair Hearing, if needed. • Restart your services if the State agrees with you. <p>If you continued your services, we may ask you to pay for the services if the final decision is not in your favor.</p>

Online Grievance or Appeal form

Use our online form to file a grievance or appeal. When filling out the form, please provide as much information as possible.

After you file a grievance or appeal with our online form at <https://resolutions.humana.com/grievances-appeals-forms/file-a-report>

- You will get a confirmation email with details of your submission

You can get information about the status of any grievance or appeal you submit through our form:

- By calling the number on the back of your Member ID card to check the status of a grievance
- Use our online appeal tracker to check the status of a medical appeal

Fast Plan Appeal

If we deny your request for a fast appeal, we will transfer your appeal into the regular appeal time frame of 30 days. If you disagree with our decision not to give you a fast appeal, you can call us to file a grievance.

Medicaid Fair Hearings (for Medicaid Members)

You may ask for a fair hearing at any time up to 120 days after you get a Notice of Plan Appeal Resolution by calling or writing to:

Agency for Health Care Administration
 Medicaid Fair Hearing Unit
 P.O. Box 60127
 Ft. Myers, FL 33906
 877-254-1055 (toll-free)
 239-338-2642 (fax)

MedicaidFairHearingUnit@ahca.myflorida.com

If you request a fair hearing in writing, please include the following information:

Questions? Call Member Services at 800-477-6931 or TTY at 711

- Your name
- Your member numbers
- Your Medicaid ID number
- A phone number where you or your representative can be reached

You may also include the following information, if you have it:

- Why you think the decision should be changed
- The service(s) you think you need
- Any medical information to support the request
- Who you would like to help with your fair hearing

After getting your fair hearing request, the Agency will tell you in writing that they got your fair hearing request. A hearing officer who works for the State will review the decision we made.

If you are a Title XXI MediKids member, you are not allowed to have a Medicaid Fair Hearing.

Review by the State (for MediKids Members)

When you ask for a review, a hearing officer who works for the State reviews the decision made during the Plan appeal. You may ask for a review by the State any time up to 30 days after you get the notice. **You must finish your appeal process first.**

You may ask for a review by the State by calling or writing to:

Agency for Health Care Administration
 P.O. Box 60127
 Ft. Myers, FL 33906
 877 254-1055 (toll-free)
 239-338-2642 (fax)
MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com

After getting your request, the Agency will tell you in writing that they got your request.

Continuation of Benefits for Medicaid Members

If you are now getting a service that is going to be reduced, suspended or terminated, you have the right to keep getting those services until a final decision is made for your **Plan appeal or Medicaid fair hearing**. If your services are continued, there will be no change in your services until a final decision is made.

If your services are continued, and our decision is not in your favor, we may ask you to pay for the cost of those services. We will not take away your Medicaid benefits. We cannot ask your family or legal representative to pay for the services.

To have your services continue during your appeal or fair hearing, you must file your appeal and ask to continue services within this timeframe, whichever is later:

- 10 days after you receive a Notice of Adverse Benefits Determination (NABD), or
- On or before the first day that your services will be reduced, suspended or terminated

Section 16: Your Member Rights

As a recipient of Medicaid and a member in a Plan, you also have certain rights. You have the right to:

- Be treated with courtesy and respect
- Always have your dignity and privacy considered and respected
- Receive a quick and useful response to your questions and requests
- Know who is providing medical services and who is responsible for your care
- Know what member services are available, including whether an interpreter is available if you do not speak English
- Know what rules and laws apply to your conduct
- Be given easy to follow information about your diagnosis, and openly discuss the treatment you need, choices of treatments and alternatives, risks, and how these treatments will help you regardless of cost or benefit coverage
- Participate in making choices with your provider about your health care, including the right to say no to any treatment, except as otherwise provided by law
- Be given full information about other ways to help pay for your health care
- Know if the provider or facility accepts the Medicare assignment rate
- To be told prior to getting a service how much it may cost you
- Get a copy of a bill and have the charges explained to you
- Get medical treatment or special help for people with disabilities, regardless of race, national origin, religion, handicap, or source of payment
- Receive treatment for any health emergency that will get worse if you do not get treatment
- Know if medical treatment is for experimental research and to say yes or no to participating in such research
- Make a complaint when your rights are not respected
- Ask for another doctor when you do not agree with your doctor (second medical opinion)
- Get a copy of your medical record and ask to have information added or corrected in your record, if needed
- Have your medical records kept private and shared only when required by law or with your approval
- Decide how you want medical decisions made if you can't make them yourself (advanced directive)
- To file a grievance about any matter other than a Plan's decision about your services.
- To appeal a Plan's decision about your services
- Receive services from a provider that is not part of our Plan (out-of-network) if we cannot find a provider for you that is part of our Plan
- Speak freely about your health care and concerns without any bad results
- Freely exercise your rights without the Plan or its network providers treating you badly
- Get care without fear of any form of restraint or seclusion being used as a means of coercion, discipline, convenience or retaliation

- Request and receive a copy of your medical records and ask that they be amended or corrected
- Receive information about the Plan, its services, its providers and member rights and responsibilities
- Make recommendations about the Plan's rights and responsibilities statement

LTC Members have the right to:

- Be free from any form of restraint or seclusion used as a means of coercion, discipline, convenience, or retaliation
- Receive services in a home-like environment regardless of where you live
- Receive information about being involved in your community, setting personal goals and how you can participate in that process
- Be told where, when and how to get the service(s) you need
- To be able to take part in decisions about your health care
- To talk openly about the treatment options for your conditions, regardless of cost or benefit
- To choose the programs you participate in and the providers that give you care

Section 17: Your Member Responsibilities

As a recipient of Medicaid and a member in a Plan, you also have certain responsibilities. You have the responsibility to:

- Give accurate information about your health to your Plan and providers
- Understand your health conditions and work with your provider to make treatment goals
- Tell your provider about unexpected changes in your health condition
- Talk to your provider to make sure you understand a course of action and what is expected of you
- Listen to your provider, follow instructions for care, and ask questions
- Keep your appointments, and notify your provider if you will not be able to keep an appointment
- Be responsible for your actions if treatment is refused or if you do not follow the health care provider's instructions
- Make sure payment is made for non-covered services you receive
- Follow health care facility conduct rules and regulations
- Treat health care staff and case manager with respect
- Tell us if you have problems with any health care staff
- Use the emergency room only for real emergencies
- Notify your case manager if you have a change in information (address, phone number, etc.)
- Have a plan for emergencies and access this plan if necessary for your safety
- Report fraud, abuse and overpayment

LTC Members have the responsibility to:

- Tell your case manager if you want to disenroll from the Long-Term Care program
- Agree to and participate in the annual face-to-face assessment, quarterly face-to-face visits and monthly telephone contact with your case manager

Section 18: Other Important Information**Patient Responsibility for Long-Term Care (LTC) or Hospice Services**

If you receive LTC or hospice services, you may have to pay a “share in cost” for your services each month. This share in cost is called “patient responsibility.” The Department of Children and Families DCF) will mail you a letter when you become eligible (or to tell you about changes) for Medicaid LTC or hospice services. This letter is called a “Notice of Case Action” or “NOCA.” The NOCA letter will tell you your dates of eligibility and how much you must pay the facility where you live, if you live in a facility, towards your share in the cost of your LTC or hospice services.

To learn more about patient responsibility, you can talk to your LTC case manager, contact the DCF by calling 866-762-2237 toll-free, or visit the DCF Web page at <https://www.myflfamilies.com/service-programs/access/medicaid.shtml> (scroll down to the Medicaid for Aged or Disabled section and select the document entitled ‘SSI-Related Fact Sheets’).

Indian Health Care Provider (IHCP) Protection

Indians are exempt from all cost sharing for services furnished or received by an IHCP or referral under contract health services

Emergency Disaster Plan

Disasters can happen at any time. To protect yourself and your family, it is important to be prepared. There are three steps to preparing for a disaster: 1) Be informed; 2) Plan; and 3) Get a Kit. For help with your emergency disaster plan, call Member Services or your case manager. The Florida Division of Emergency Management can also help you with your plan. You can call them at 850-413-9969 or visit their website at www.floridadisaster.org.

For LTC members, your case manager will assist you in creating a disaster plan.

Tips on How to Prevent Medicaid Fraud and Abuse:

- DO NOT share personal information, including your Medicaid number, with anyone other than your trusted providers.
- Be cautious of anyone offering you money, free or low-cost medical services, or gifts in exchange for your Medicaid information.
- Be careful with door-to-door visits or calls you did not ask for.
- Be careful with links included in texts or emails you did not ask for, or on social media platforms.

Fraud/Abuse/Overpayment in the Medicaid Program

To report suspected fraud and/or abuse in Florida Medicaid, call the Consumer Complaint Hotline toll-free at 888-419-3456 or complete a Medicaid Fraud and Abuse Complaint Form, which is available online at:

<https://apps.ahca.myflorida.com/mpj-complaintform/>

You can also report fraud and abuse to us directly by contacting the Special Investigations Unit Hotline at 800-614-4126 (TTY: 711), Monday through Friday, 7:00 a.m. – 3:00 p.m. Central Time.

Abuse/Neglect/Exploitation of People

You should never be treated badly. It is never okay for someone to hit you or make you feel afraid. You can talk to your PCP or case manager about your feelings.

If you feel that you are being mistreated or neglected, you can call the Abuse Hotline at 800-96-ABUSE (800-962-2873) or for TTY/TDD at 800-955-8771.

You can also call the hotline if you know of someone else that is being mistreated.

Domestic Violence is also abuse. Here are some safety tips:

- If you are hurt, call your PCP
- If you need emergency care, call 911 or go to the nearest hospital. For more information, see the section called EMERGENCY CARE
- Have a plan to get to a safe place (a friend's or relative's home)
- Pack a small bag, give it to a friend to keep for you

If you have questions or need help, please call the National Domestic Violence Hotline toll free at 800-799-7233 (TTY 800-787-3224).

Advance Directives

An **advance directive** is a written or spoken statement about how you want medical decisions made if you can't make them yourself. Some people make advance directives when they get very sick or are at the end of their lives. Other people make advance directives when they are healthy. You can change your mind and these documents at any time. We can help you get and understand these documents. They do not change your right to quality health care benefits. The only purpose is to let others know what you want if you can't speak for yourself.

1. A Living Will
2. Health Care Surrogate Designation
3. An Anatomical (organ or tissue) Donation

You can download an advanced directive form from this website:

<http://www.floridahealthfinder.gov/reports-guides/advance-directives.aspx>.

Make sure that someone, like your PCP, lawyer, family member, or case manager knows that you have an advance directive and where it is located.

If there are any changes in the law about advance directives, we will let you know within 90 days. You don't have to have an advance directive if you do not want one.

If your provider is not following your advance directive, you can file a complaint with Member Services at 800-477-6931 (TTY: 711) or the Agency by calling 888-419-3456.

Getting More Information

You have a right to ask for information. Call Member Services or talk to your case manager about what kinds of information you can receive for free. Some examples are:

- Your member records
- A description of how we operate
- A comparison of plans Healthcare Effectiveness Data and Information Set (HEDIS®) results: <https://www.humana.com/medicaid/florida-medicaid/member-support/measuring-performance>
- To tell us about changes or get a printed copy of the Humana Quality Improvement (QI) program, mail a request to the following address: Humana Quality Operations and Compliance Department, Progress Report, 321 West Main, WFP 20, Louisville, KY 40202 or call Member Services

Section 19: Additional Resources

Floridahealthfinder.gov

The Agency is committed to its mission of providing “Better Health Care for All Floridians”. The Agency has created a website www.FloridaHealthFinder.gov where you can view information about Florida home health agencies, nursing facilities, assisted living facilities, ambulatory surgery centers and hospitals. You can find the following types of information on the website:

- Up-to-date licensure information
- Inspection reports
- Legal actions
- Health outcomes
- Pricing
- Performance measures
- Consumer education brochures
- Living wills
- Quality performance ratings, including member satisfaction survey results

The Agency collects information from all Plans on different performance measures about the quality of care provided by the Plans. The measures allow the public to understand how well Plans meet the needs of their members. To see the Plan report cards, please visit <http://www.floridahealthfinder.gov/HealthPlans/search.aspx>. You may choose to view the information by each Plan or all Plans at once.

Elder Housing Unit

The Elder Housing Unit provides information and technical assistance to elders and community leaders about affordable housing and assisted living choices. The Florida

Department of Elder Affairs maintains a website for information about assisted living facilities, adult family care homes, adult day care centers and nursing facilities at <http://elderaffairs.state.fl.us/doea/housing.php> as well as links to additional Federal and State resources.

MediKids Information

For information on MediKids coverage please visit:

http://ahca.myflorida.com/medicaid/Policy_and_Quality/Policy/program_policy/FLKidCare/MediKids.shtml

Aging and Disability Resource Center

You can also find additional information and assistance on State and federal benefits, local programs and services, legal and crime prevention services, income planning or educational opportunities by contacting the Aging and Disability Resource Center.

Independent Consumer Support Program

The Florida Department of Elder Affairs also offers an Independent Consumer Support Program (ICSP). The ICSP works with the Statewide Long-Term Care Ombudsman Program, the ADRC and the Agency to ensure that LTC members have many ways to get information and help when needed. For more information, please call the Elder Helpline at 800-96-ELDER (800-963-5337) or visit <http://elderaffairs.state.fl.us/doea/smmcltc.php>.

Section 20: Forms

You can get a copy of the forms listed below by going to <https://www.humana.com/medicaid/florida-medicaid/member-support/documents-forms>

Examples:

OTC Order Form

Prescription drug reimbursement claim form

Grievance/Appeal request form

Appointment of Representative form

Consent for Release of PHI

Living will

Advanced directive

Organ donation form

Care management assessments

ENGLISH: This information is available for free in other languages and formats. Please contact our Customer Service number at **800-477-6931**. If you use **TTY**, call **711**, Monday – Friday, 8 a.m. to 8 p.m.

SPANISH: Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas y formatos. Comuníquese con nuestro Servicio al Cliente llamando al **800-477-6931**. Si usa un **TTY**, marque **711**. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

CREOLE: Enfòmasyon sa a disponib gratis nan lòt lang ak fòm. Tanpri kontakte nimewo Sèvis Kliyan nou an nan **800-477-6931**. Si ou itilize **TTY**, rele **711**, Lendi - Vandredi, 8 a.m. a 8 p.m.

FRENCH: Ces informations sont disponibles gratuitement dans d'autre langues et formats. N'hésitez pas à contacter notre service client au **800-477-6931**. Si vous utilisez un appareil de télétype (**TTY**), appelez le **711** du lundi au vendredi, de 8h00 à 20h00.

ITALIAN: Queste informazioni sono disponibili gratuitamente in altre lingue e formati. La preghiamo di contattare il servizio clienti al numero **800-477-6931**. Se utilizza una telescrivente (**TTY**), chiami il numero **711** dal lunedì al venerdì tra le 8 e le 20:00.

RUSSIAN: Данную информацию можно получить бесплатно на других языках и в форматах. Для этого обратитесь в отдел обслуживания клиентов по номеру **800-477-6931**. Если Вы пользователь **TTY**, звоните по номеру **711** с понедельника по пятницу, с 8.00 до 20.00.

Call If You Need Us

If you have questions or need help reading or understanding this document, call us at **800-477-6931 (TTY: 711)**. We are available Monday through Friday, from 8 a.m. to 8 p.m. Eastern time. We can help you at no cost to you. We can explain the document in English or in your first language. We can also help you if you need help seeing or hearing. Please refer to your Member Handbook regarding your rights.

Important!

At Humana, it is important you are treated fairly.

Humana Inc. and its subsidiaries do not discriminate or exclude people because of their race, color, national origin, age, disability, sex, sexual orientation, gender, gender identity, ancestry, ethnicity, marital status, religion, or language. Discrimination is against the law. Humana and its subsidiaries comply with applicable Federal Civil Rights laws. If you believe that you have been discriminated against by Humana or its subsidiaries, there are ways to get help.

- You may file a complaint, also known as a grievance:
Discrimination Grievances, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618
If you need help filing a grievance, call **800-477-6931** or if you use a TTY, call **711**.
- You can also file a civil rights complaint with the
U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights
electronically through their Complaint Portal, available at
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or at **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**. Complaint forms are available at <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Auxiliary aids and services, free of charge, are available to you. **800-477-6931 (TTY: 711)**

Humana provides free auxiliary aids and services, such as qualified sign language interpreters, video remote interpretation, and written information in other formats to people with disabilities when such auxiliary aids and services are necessary to ensure an equal opportunity to participate.

Humana Healthy Horizons in Florida is a Medicaid product of Humana Medical Plan, Inc.

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

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

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

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



Questions?

Call Enrollee Services
at 800-477-6931 (TTY: 711).



Humana
Healthy Horizons™
in Florida

FLHHQVFES22



Manual para afiliados de Humana Healthy Horizons in Florida

Año del plan 2022

Fecha de vigencia: <10/01/2022>

“**Si no habla inglés**, llámenos al 800-477-6931 (TTY: 711). Tenemos acceso a servicios de intérpretes y podemos ayudar a responder sus preguntas en su idioma. También podemos ayudarlo a encontrar un proveedor de cuidado de la salud que pueda hablar con usted en su idioma”.

English: If you do not speak English, please call 800-477-6931 (TTY: 711). We have access to interpreter services and can help answer your questions in your language. We can also help you find a health care provider who can talk with you in your language.

French: **Si vous ne parlez pas anglais**, appelez-nous au 800-477-6931 (ATS : 711). Nous avons accès à des services d’interprétariat pour vous aider à répondre aux questions dans votre langue. Nous pouvons également vous aider à trouver un prestataire de soins de santé qui peut communiquer avec vous dans votre langue.

Haitian Creole: **Si ou pa pale lang Anglè**, rele nou nan 800-477-6931 (TTY: 711). Nou ka jwenn sèvis entèprèt pou ou, epitou nou kapab ede reponn kesyon ou yo nan lang ou pale a. Nou kapab ede ou jwenn yon pwofesyonèl swen sante ki kapab kominike avèk ou nan lang ou pale a.”

Italian: “**Se non parli inglese** chiamaci al 800-477-6931 (TTY: 711). Disponiamo di servizi di interpretariato e siamo in grado di rispondere alle tue domande nella tua lingua. Possiamo anche aiutarti a trovare un fornitore di servizi sanitari che parli la tua lingua.”

Russian: «**Если вы не разговариваете по-английски**, позвоните нам по номеру 800-477-6931 (TTY: 711). У нас есть возможность воспользоваться услугами переводчика, и мы поможем вам получить ответы на вопросы на вашем родном языке. Кроме того, мы можем оказать вам помощь в поиске поставщика медицинских услуг, который может общаться с вами на вашем родном языке».

Vietnamese: “**Nếu bạn không nói được tiếng Anh**, hãy gọi cho chúng tôi theo số 800-477-6931 (TTY: 711). Chúng tôi có quyền truy cập vào các dịch vụ thông dịch viên và có thể giúp trả lời các câu hỏi của bạn bằng ngôn ngữ của bạn. Chúng tôi cũng có thể giúp bạn tìm một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có thể nói chuyện với bạn bằng ngôn ngữ của bạn.”

Humana Healthy Horizons in Florida es un producto de Medicaid de Humana Medical Plan, Inc.

Información importante de contacto

Línea de ayuda de Servicios para afiliados	800-477-6931	Disponible las 24 horas
Línea TTY de ayuda de Servicios para afiliados	TTY: 711	Disponible las 24 horas
Sitio web	espanol.humana.com/FLMedicaid	
Dirección	3501 SW 160 AVE Miramar, FL 33027	

Servicios de transporte: No de emergencia	ModivCare 866-779-0565	
Servicios para afiliados de LTC de Humana	888-998-7732	
Coordinación de casos clínicos de Humana	800-393-8858	
Salud del comportamiento	888-778-4651	
Seguro dental	Comuníquese con su administrador de casos directamente o al 800-477-6931 para obtener ayuda para coordinar estos servicios.	
Programa de medicamentos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés)	CenterWell Pharmacy™ 800-526-1490	
Audición	HearUSA 877-664-9353	
Seguro para la vista	<p>Optometría/exámenes de la vista de rutina a nivel estatal</p> <p>iCare Health Solutions 855-373-7627 https://MyiCarehealth.com/</p> <p>Para encontrar un oftalmólogo, llame a Servicio al cliente de Humana al 800-477-6931 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este o visite Humana.com/FloridaDocuments para acceder al Directorio de proveedores de su área.</p>	

Para informar supuestos casos de abuso, negligencia, abandono o explotación de menores o adultos vulnerables	800-96-ABUSE (800-962-2873) TTY: 711 o 800-955-8771 http://www.myflfamilies.com/service-programs/abuse-hotline
Para determinar la elegibilidad para Medicaid	866-762-2237 TTY: 711 o 800-955-8771 http://www.myflfamilies.com/service-programs/access-florida-food-medical-assistance-cash/medicaid
Para informar fraude y/o abuso de Medicaid.	888-419-3456 https://apps.ahca.myflorida.com/mpi-complaintform/
Para presentar una queja sobre un centro de cuidado de la salud	888-419-3450 http://ahca.myflorida.com/MCHQ/Field_Ops/CAU.shtml
Para solicitar una audiencia imparcial de Medicaid	877-254-1055 239-338-2642 (fax) MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com
Para presentar una queja sobre los servicios de Medicaid	877-254-1055 TDD: 866-467-4970 http://ahca.myflorida.com/Medicaid/complaints/
Para obtener información para adultos mayores	800-96-ELDER (800-963-5337) http://www.elderaffairs.org/doea/arc.php
Para obtener información sobre violencia doméstica	800-799-7233 TTY: 800-787-3224 http://www.thehotline.org/
Para obtener información sobre centros de salud en Florida	http://www.floridahealthfinder.gov/index.html
Para obtener información sobre el cuidado de urgencia	Usted puede hablar con un enfermero las 24 horas del día llamando a Servicios para afiliados al 800-477-6931 (TTY: 711)
Por una emergencia	9-1-1 O acuda a la sala de emergencias más cercana
Línea telefónica de asesoramiento de enfermería	Usted puede hablar con un enfermero las 24 horas del día llamando a Servicios para afiliados al 800-477-6931 (TTY: 711)

Contenido

Sección 1:	
Su tarjeta de identificación del Plan (tarjeta de identificación)	9
Sección 2:	
Su privacidad	10
Sección 3:	
Cómo obtener ayuda de nuestros Servicios para afiliados	15
Sección 4:	
¿Necesita ayuda para comunicarse?	15
Sección 5:	
Cuando cambia su información	16
Sección 6:	
Su elegibilidad para Medicaid	16
Sección 7:	
Inscripción inicial	17
Período de inscripción abierta	17
Inscripción en el programa SMMC de Cuidado a largo plazo	17
Sección 8:	
Cómo abandonar nuestro Plan (desafiliación)	19
Sección 9:	
Administración de su cuidado	20
Sección 10:	
Cómo acceder a los servicios	22
Proveedores de nuestro Plan	22
Proveedores que no están en nuestro Plan	22
Cuándo pagamos sus servicios dentales	22
¿Qué debo pagar?	23
Servicios para niños	23
Servicios cubiertos por el sistema de cargo por servicio recibido de Medicaid, no cubiertos a través de Humana Healthy Horizons	24
Objeciones morales o religiosas	24
Sección 11:	
Información útil sobre sus beneficios	24
Cómo elegir un proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)	24
Cómo elegir un PCP para su hijo	25
Cuidado de especialistas y referidos	25
Segundas opiniones	25

Cuidado de urgencia	26
Servicios de cuidado hospitalario	26
Cuidado médico en casos de emergencia	26
Surtido de medicamentos recetados	27
Información sobre las farmacias de especialidad	27
Servicios para la salud del comportamiento.	27
Programa de comportamientos saludables de Humana Healthy Horizons™ en Florida	28
Programas de manejo de enfermedades	32
Programas de mejora de la calidad	35
Sección 12:	
Beneficios de su Plan: Servicios de asistencia médica administrada	37
Beneficios de su Plan: Beneficios ampliados.	56
Sección 13:	
Información útil sobre el programa de Cuidado a largo plazo	63
Inicio de los servicios	63
Desarrollo de un plan de cuidado.	63
Actualización de su plan de cuidado	64
Su plan de respaldo	64
Sección 14:	
Beneficios de su Plan: Servicios de Cuidado a largo plazo	65
Opción de dirección por el participante de cuidado a largo plazo	70
Beneficios de su Plan: Beneficios ampliados de Cuidado a largo plazo	71
Sección 15:	
Satisfacción de los afiliados	76
Quejas, quejas formales y apelaciones al plan	76
Formulario de queja formal o apelación en línea	77
Apelación rápida al plan	78
Audiencias imparciales de Medicaid (para afiliados de Medicaid).	78
Revisión del estado (para afiliados de MediKids)	78
Continuación de los beneficios para los afiliados de Medicaid	79
Sección 16:	
Sus derechos como afiliado	79
Sección 17:	
Sus responsabilidades como afiliado	80
Sección 18:	
Otra información importante	81

Responsabilidad del paciente	81
Plan de emergencia ante desastres	82
Fraude/abuso/sobrepago en el programa Medicaid	82
Abuso/negligencia/explotación de personas	82
Instrucciones anticipadas	83
Cómo obtener más información	83
Sección 19:	
FloridaHealthFinder.gov	84
Unidad de vivienda para adultos mayores	84
Información sobre MediKids	85
Centro de recursos para adultos mayores y personas con discapacidad	85
Programa de apoyo para consumidores independientes	85
Sección 20:	
Formularios	85

Bienvenido al Plan estatal de cuidado administrado de Medicaid de Humana Healthy Horizons

Humana Healthy Horizons tiene un contrato con la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud de Florida (Agencia) para proporcionar servicios de cuidado de la salud a personas con Medicaid. Esto se denomina **Programa estatal de cuidado administrado de Medicaid (SMMC, por sus siglas en inglés)**. Usted está inscrito en nuestro plan SMMC. Esto significa que le ofreceremos los servicios de Medicaid. Trabajamos con un grupo de proveedores de cuidado de la salud para ayudar a satisfacer sus necesidades.

Existen muchos tipos de servicios de Medicaid que puede recibir en el programa SMMC. Puede recibir servicios médicos, como consultas médicas, laboratorios y cuidado médico en casos de emergencia de un plan de **Asistencia médica administrada (MMA, por sus siglas en inglés)**. Si usted es un adulto mayor o un adulto con discapacidades, puede recibir servicios de un centro de enfermería y servicios en el hogar y basados en la comunidad de un plan de **Cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés)**. Si tiene una determinada afección médica, como SIDA, puede recibir cuidado diseñado para satisfacer sus necesidades en un plan de **Especialidad**.

Si su hijo está inscrito en el programa **MediKids** de Florida KidCare, la mayor parte de la información de este manual es para usted. Le informaremos si algo no aplica en su caso.

Este manual será su guía para todos los servicios de cuidado de la salud a su disposición. Puede hacernos cualquier pregunta u obtener ayuda para programar citas. Si necesita hablar con nosotros, simplemente llámenos al 800-477-6931 (TTY: 711).

Sección 1: Su tarjeta de identificación del Plan

Debería haber recibido su tarjeta de identificación por correo. Llámenos si no ha recibido su tarjeta o si la información de su tarjeta es incorrecta. Cada miembro de su familia que esté en nuestro Plan debe tener su propia tarjeta de identificación.

Lleve siempre su tarjeta de identificación con usted y muéstrela cada vez que vaya a una cita de cuidado de la salud o al hospital. Nunca entregue su tarjeta de identificación a otra persona para que la use. Si pierde o le roban su tarjeta, llámenos para que podamos darle una nueva.

Su tarjeta de identificación se verá de las siguientes maneras.

Si está inscrito en el Plan médico de Humana Healthy Horizons, su tarjeta de identificación será así:

Humana | Healthy Horizons™ in Florida
A Medicaid product of Humana Medical Plan, Inc.
Medical Plan
MEMBER NAME
Member ID: HXXXXXXXXX
Medicaid ID#: XXXXXXXX Group #: XXXXXXXX
Date of Birth: XX/XX/XX RxBIN: 610649
Effective Date: XX/XX/XX RxPCN: 03190000
PCP Name: XXXXXXXXX
PCP Phone: (XXX) XXX-XXXX
Primary Care Address: XXXXXXXXXXXX

Member/Provider Service: 1-800-477-6931
Member Behavioral Health Inquiries: 1-888-778-4651
Pharmacist Rx Inquiries: 1-800-865-8715
Provider Prior Authorization: 1-800-523-0023
Dental Benefit Inquiries: 1-877-711-3662
Please visit us at Humana.com/HealthyFlorida
For online provider services, go to Availity.com
Please mail all claims to:
Humana Medical
P.O. Box 14601
Lexington, KY 40512-4601

Si está inscrito en el Plan de cuidado a largo plazo de Humana Healthy Horizons, su tarjeta de identificación será así:

Humana | Healthy Horizons™ in Florida
A Medicaid product of Humana Medical Plan, Inc.
Long-Term Care Plan
MEMBER NAME
Member ID: HXXXXXXXXX
Medicaid ID: XXXXXXXXXXXX
Group #: XXXXXXXX

Member Long-Term Care Inquiries: 1-888-998-7732
Provider Long-Term Care Inquiries: 1-888-998-7735
Please visit us at Humana.com/HealthyFlorida
For online provider services, go to Availity.com
For Participating and Non-Participating Providers Send Claims to:
Humana Long-Term Care
P.O. Box 14732
Lexington, KY 40512-4732

Si es afiliado tanto del Plan médico de Humana como del Plan de cuidado a largo plazo, su identificación será así:

Humana | Healthy Horizons™ in Florida
A Medicaid product of Humana Medical Plan, Inc.
Comprehensive Plan
MEMBER NAME
Member ID: HXXXXXXXXX

Medicaid ID#: XXXXXXXX	Group #: XXXXXXXX
Date of Birth: XX/XX/XX	RxBIN: 610649
Effective Date: XX/XX/XX	RxPCN: 03190000

PCP Name: XXXXXXXXX
PCP Phone: (XXX) XXX-XXXX
Primary Care Address: XXXXXXXXXXXXX

Member/Provider Service:	1-888-998-7732
Member Behavioral Health Inquiries:	1-888-778-4651
Pharmacist Rx Inquiries:	1-800-865-8715
Provider Prior Authorization: Provider	1-800-523-0023
Provider Long-Term Care Inquiries:	1-888-998-7735
Dental Benefit Inquiries:	1-877-711-3662

Please visit us at Humana.com/HealthyFlorida
For online provider services, go to Availity.com

Please mail all claims to:

Managed Medical Assistance	Long-Term Care
Humana Medical	Humana Long Term Care
P.O. Box 14601	P.O. Box 14732
Lexington, KY 40512-4601	Lexington, KY 40512-4732

Sección 2: Su privacidad

Su privacidad es importante para nosotros. Usted tiene derechos cuando se trata de proteger su información sobre la salud, como su nombre, número de identificación del Plan, raza, etnia, idioma, género, orientación sexual y otras cosas que lo identifican. No compartiremos ninguna información sobre su salud que no esté permitida por la ley.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para afiliados. Nuestras políticas y protecciones de privacidad son:

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

¿Qué es la información personal y de salud?

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

¿Cómo protegemos su información?

En el marco del cumplimiento de las leyes federales y estatales, y nuestra propia política, somos responsables de proteger la privacidad de su información. Contamos con procedimientos para proteger su información de diversas formas, entre las que se incluyen:

- Limitar el acceso de quienes pueden ver su información.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para afiliados al 800-477-6931 o TTY al 711

- Limitar el modo de uso o divulgación de su información.
- Informarle de nuestras obligaciones legales con respecto a su información.
- Capacitar a nuestros asociados sobre las políticas y los procedimientos de privacidad de la compañía.

¿Cómo usamos y divulgamos su información?

Debemos usar y divulgar su información:

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

Tenemos derecho a usar y divulgar su información:

- A un médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud para que usted pueda recibir cuidado médico.
- Para actividades de pago, incluido el pago de las reclamaciones de los servicios cubiertos que le fueran provistos a usted por proveedores de cuidado de la salud y el pago de las primas del plan de salud.
- Para actividades operativas de atención médica, que incluyen el procesamiento de su inscripción, la respuesta a solicitudes y pedidos de servicios, la coordinación de la atención, la resolución de disputas, la gestión de administración médica, el perfeccionamiento de la calidad, la revisión de la competencia de los profesionales de atención médica y la determinación de las primas
- Para realizar actividades de suscripción. Sin embargo, no utilizaremos ningún resultado de pruebas genéticas ni formularemos preguntas en relación con la historia familiar.
- Al patrocinador del plan, para permitirle desempeñar las funciones de administración del plan, tales como las actividades relacionadas con la elegibilidad, la inscripción y la desafiliación. Podemos compartir un resumen de su información de salud con el patrocinador de su plan en determinadas situaciones, por ejemplo, para permitirle al patrocinador de su plan obtener ofertas de otros planes de salud. No compartiremos información de salud detallada con el patrocinador de su plan, a menos que usted nos dé su autorización o que el patrocinador de su plan haya certificado que se compromete a mantener la privacidad de su información.
- Para comunicarse con usted con el fin de proveerle información acerca de beneficios y servicios relacionados con la salud, recordatorios de citas, o alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés si no ha optado por no recibir este tipo de información según se describe a continuación:
 - A sus familiares y amigos si usted no puede comunicarse, como en un caso de emergencia
 - A su familia y amigos o a cualquier otra persona nombrada por usted, siempre y cuando la información tenga una relevancia directa para la participación de estas personas en cuestiones relacionadas con el cuidado de su salud o en el pago de

ese cuidado. Por ejemplo, si un familiar o un cuidador nos llama con conocimientos previos acerca de una reclamación, podemos confirmar si la reclamación ha sido o no recibida y pagada.

- Para proveer información de pago al suscriptor como comprobación ante el Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés).
- A agencias de salud pública, si consideramos que existe una amenaza grave a la salud o seguridad.
- A las autoridades pertinentes cuando haya dificultades por abuso, negligencia o violencia doméstica.
- En respuesta a una orden administrativa o de un tribunal, citación, solicitud de hallazgos u otros procesos legales.
- A los fines de la aplicación de la ley, a las autoridades militares y según lo exija en algún otro sentido la ley.
- Para colaborar en tareas de recuperación en caso de desastres.
- Para programas de cumplimiento y actividades de supervisión de la salud.
- Para cumplir con nuestras obligaciones en conformidad con cualquier ley o contrato de compensación laboral.
- Para evitar una amenaza grave e inminente a su salud o seguridad, o a la salud o seguridad de otras personas.
- Para fines de investigación en circunstancias limitadas.
- Para la obtención, el depósito o el trasplante de órganos, ojos o tejido.
- A un médico forense, a un examinador médico o a un director de funeraria.

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

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

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

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

Su información puede seguirse usando para los fines descritos en este aviso luego de que su afiliación haya terminado o ya no le proporcionemos cobertura. Después del período de retención legal obligatorio, la información se destruye siguiendo procedimientos estrictos para mantener la confidencialidad.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para afiliados al 800-477-6931 o TTY al 711

¿Cuáles son mis derechos con respecto a mi información?

Los derechos que usted tiene con respecto a su información se explican a continuación. Nuestro compromiso es responder a sus solicitudes de derechos de manera oportuna:

- **Acceso:** usted tiene derecho a revisar y obtener una copia de la información que se puede utilizar para tomar decisiones sobre su persona, tales como reclamaciones y expedientes de administración médica o de casos. También puede recibir un resumen de esta información de salud. Si solicita copias, podemos cobrarle un cargo por cada página, un cargo por hora de trabajo del personal para localizar y copiar su información y por el franqueo.
- **Comunicaciones alternativas:** usted tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales de información de una manera distinta o en un lugar diferente para evitar una situación que ponga en peligro la vida. Cumpliremos con su solicitud si la misma es razonable.
- **Enmienda:** usted tiene derecho a solicitar una enmienda de la información que mantenemos sobre usted si considera que la información es incorrecta o está incompleta. Podemos denegar su solicitud si no fuimos nosotros quienes generamos la información, si no mantenemos la información o si la información está completa y es correcta. Si le denegamos su solicitud, le enviaremos una explicación por escrito de los motivos de la denegación.
- **Divulgación:** usted tiene derecho a recibir una lista de ejemplos en los que nosotros o nuestros socios comerciales hemos divulgado su información con otros fines que no hayan sido el tratamiento, pago, operaciones del plan de salud y otras actividades determinadas. Mantenemos esta información y la ponemos a su disposición durante un período de seis años, previa solicitud por su parte. Si solicita esta lista más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle un cargo razonable basado en los costos por responder a estas solicitudes adicionales.
- **Aviso:** usted tiene derecho a recibir una copia escrita de este aviso en cualquier momento que la solicite.
- **Restricción:** usted tiene derecho a pedir que se restrinja el uso o la divulgación de su información. No estamos obligados a aceptar estas restricciones, pero si lo hacemos acataremos nuestro acuerdo. Usted también tiene derecho a aceptar o poner término a una restricción previamente presentada.

¿Qué tipo de comunicaciones puedo optar por excluir?

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

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

Puede ejercer todos sus derechos de privacidad obteniendo los formularios de solicitud de derechos de privacidad que se apliquen. Para obtener estos formularios:

- Comuníquese con nosotros al 866-861-2762 en cualquier momento.
- Acceda a nuestro sitio web en Humana.com y vaya a la parte inferior de la página al enlace “Privacy Practices” (Prácticas de privacidad).
- Envíenos un mensaje de correo electrónico a privacyoffice@humana.com.

Envíe el formulario de solicitud completo a la siguiente dirección:

Humana Inc.

Privacy Office 003/10911

101 E. Main Street

Louisville, KY 40202

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

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

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

Cumplimos con todas las leyes, reglas y reglamentaciones federales y estatales que se encargan de proteger la información personal y de salud. En aquellas situaciones en que las leyes, normas y reglamentaciones federales y estatales estén en conflicto, nos regimos por la ley, norma o reglamentación que proporcione mayor protección al afiliado.

¿Qué pasará si mi información privada se usa o divulga de manera inapropiada?

Usted tiene derecho a recibir un aviso de que se ha producido una infracción y como resultado de esto su información privada no segura ha sido utilizada o divulgada de manera inapropiada. Le notificaremos de manera oportuna en caso de que ocurra tal infracción.

Sección 3: Cómo obtener ayuda de nuestros Servicios para afiliados

Nuestro departamento de Servicios para afiliados puede responder todas sus preguntas. Podemos ayudarle a elegir o cambiar su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés), averiguar si un servicio está cubierto, obtener referidos, buscar un proveedor, reemplazar una tarjeta de identificación perdida, informar el nacimiento de un nuevo bebé y explicar cualquier cambio que pueda afectar sus beneficios o los de su familia.

Cómo comunicarse con Servicios para afiliados

Puede llamarnos al 800-477-6931, o TTY:711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., pero no en feriados aprobados por el estado (como Navidad y Acción de Gracias). Cuando llame, asegúrese de tener su tarjeta de identificación con usted para que podamos ayudarle. (Si pierde su tarjeta de identificación o se la roban, llame a Servicios para afiliados).

Cómo comunicarse con Servicios para afiliados fuera del horario de atención

Si llama cuando estamos cerrados, deje un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. Si tiene una pregunta urgente, puede llamar a nuestra Línea de Asesoramiento de Enfermería las 24 horas al 800-477-6931 (TTY: 711). Nuestros/as enfermeros/as están disponibles para ayudarle las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Sección 4: ¿Necesita ayuda para comunicarse?

Si no habla inglés, podemos ayudarle. Contamos con personas que nos ayudan a hablar con usted en su idioma. Proporcionamos esta ayuda de forma gratuita.

Para las personas con discapacidades: si usa una silla de ruedas, es ciego o tiene problemas de audición o comprensión, llámenos si necesita ayuda adicional. Podemos informarle si el consultorio de un proveedor tiene acceso para silla de ruedas o tiene dispositivos de comunicación. Además, tenemos servicios como:

- Servicio de retransmisión de telecomunicaciones. Esto ayuda a las personas con problemas auditivos o del habla a hacer llamadas telefónicas. Llame al 711 y proporciónenos nuestro número de teléfono de Servicios para afiliados. Es el 800-477-6931. Ellos le comunicarán con nosotros.
- Información y materiales en letra de imprenta grande, audio (sonido) y Braille.
- Ayuda para programar o llegar a las citas.
- Nombres y direcciones de proveedores que se especializan en su discapacidad.

Todos estos servicios son gratuitos.

Sección 5: Cuando cambia su información

Si algo cambia en su información personal, infórmenos lo antes posible. Puede hacerlo llamando a Servicios para afiliados. Necesitamos poder comunicarnos con usted acerca de sus necesidades de cuidado de la salud.

El Departamento de Niños y Familias (DCF, por sus siglas en inglés) también debe saber en caso de cambios en su nombre, dirección, condado o número de teléfono. Llame sin cargo al DCF al 866-762-2237 (TTY 800-955-8771), de lunes a viernes, de 7 a.m. a 6 p.m. También puede hacer estos cambios en línea en su cuenta de Conexión comunitaria automática para la autosuficiencia económica (ACCESS, por sus siglas en inglés) en <https://dcf-access.dcf.state.fl.us/access/index.do>. Si recibe un Ingreso suplementario de seguridad (SSI, por sus siglas en inglés), también debe comunicarse con la Administración del Seguro Social (SSA) para informar los cambios. Llame sin cargo a la SSA al 800-772-1213 (TTY 800-325-0778), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m. También puede comunicarse con su oficina local del Seguro Social o ingresar en línea y realizar cambios en su cuenta del Seguro Social en <http://secure.ssa.gov/RIL/SiView.do>.

Sección 6: Su elegibilidad para Medicaid

Usted debe estar cubierto por Medicaid y afiliado a nuestro Plan para que Humana Healthy Horizons pague sus servicios de cuidado de la salud y citas de cuidado de la salud. Esto se denomina tener **elegibilidad para Medicaid**. Si recibe SSI, usted califica para Medicaid. Si no recibe SSI, debe solicitar para Medicaid con el Departamento de Niños y Familias (DCF, por sus siglas en inglés).

A veces, hay cosas de su vida que pueden cambiar y estos cambios pueden afectar el hecho de que usted siga teniendo Medicaid. Es muy importante asegurarse de tener Medicaid antes de acudir a cualquier cita. El hecho de tener una tarjeta de identificación del Plan no significa que siga teniendo Medicaid. ¡No se preocupe! Si cree que su beneficio de Medicaid ha cambiado o si tiene alguna pregunta sobre su beneficio de Medicaid, llame a Servicios para afiliados. Podemos ayudarle a verificar su cobertura.

Si pierde su elegibilidad para Medicaid

Si pierde su beneficio de Medicaid y lo recupera dentro de los 180 días, quedará inscrito nuevamente en nuestro Plan.

Si tiene Medicare

Si tiene Medicare, continúe usando su tarjeta de identificación de Medicare cuando necesite servicios médicos (como ir al médico o al hospital), pero también proporcione al proveedor su tarjeta de identificación del Plan de Medicaid.

Si va a tener un bebé

Si tiene un bebé, su bebé estará cubierto por nosotros desde el momento de su nacimiento. Llame a Servicios para afiliados para informarnos que su bebé ha

nacido y le ayudaremos a garantizar que su bebé esté cubierto y tenga Medicaid de inmediato.

Resulta de utilidad que nos informe que está embarazada **antes** de que su bebé nazca para asegurar que su bebé tenga Medicaid. Llame sin cargo al DCF al 866-762-2237 mientras está embarazada. Si necesita ayuda para hablar con el DCF, llámenos. El DCF se asegurará de que su bebé tenga Medicaid desde el día de su nacimiento. Ellos le darán un número de Medicaid para su bebé. Infórmenos el número de Medicaid del bebé cuando lo reciba.

Sección 7: Inscripción en nuestro Plan

Inscripción inicial

Cuando se inscribe por primera vez en nuestro Plan, tiene 120 días para probarlo. Si no le gusta por cualquier motivo, puede inscribirse en otro plan SMMC disponible en la misma región. Una vez transcurridos esos 120 días, usted quedará inscrito en nuestro Plan por el resto del año. Esto se denomina estar **inmovilizado** en un plan. Cada año que usted tenga Medicaid y esté en el programa SMMC, tendrá un período de inscripción abierta.

Período de inscripción abierta

Cada año, tendrá 60 días para cambiar de plan si lo desea. Esto se denomina **período de inscripción abierta**. Su período de inscripción abierta depende del lugar donde usted viva en Florida. El Agente encargado de las inscripciones del estado le enviará una carta para informarle cuándo es su período de inscripción abierta.

No es necesario que cambie de plan durante el período de inscripción abierta. Si decide dejar nuestro Plan y se inscribe en uno nuevo, comenzará con su nuevo plan al finalizar su período de inscripción abierta. Una vez que esté inscrito en el nuevo plan, permanecerá inmovilizado hasta el próximo período de inscripción abierta. Puede llamar al Agente encargado de las inscripciones al 877- 711-3662 (TDD 866-467-4970).

Inscripción en el programa SMMC de Cuidado a largo plazo

El programa SMMC de Cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) proporciona servicios en un centro de enfermería y cuidado en el hogar y basado en la comunidad a adultos mayores y adultos (de 18 años o más) con discapacidades. Los servicios en el hogar y basados en la comunidad ayudan a las personas a permanecer en sus hogares, con servicios como ayuda para bañarse, vestirse y comer; ayuda con las tareas domésticas; ayuda con las compras o supervisión.

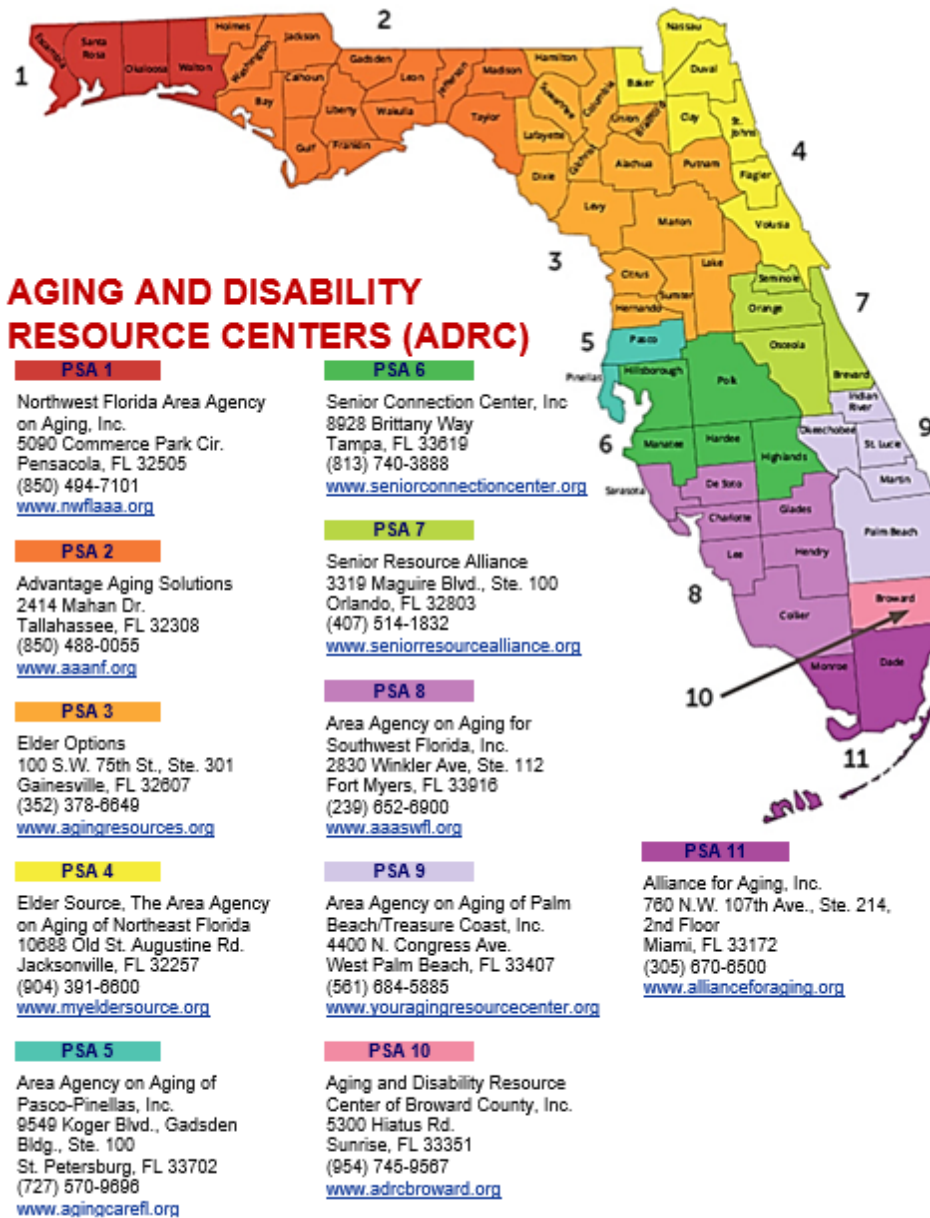
Nosotros pagamos los servicios que se proporcionan en el centro de enfermería. Si vive en un centro de enfermería de Medicaid a tiempo completo, probablemente ya esté en el programa LTC. Si no lo sabe o cree que no está inscrito en el programa LTC, llame a Servicios para afiliados. Podemos ayudarle.

El programa LTC también proporciona ayuda a las personas que viven en sus hogares. Pero los cupos son limitados para estos servicios en el hogar, por lo que antes de recibir estos servicios, debe hablar con alguien que le hará preguntas sobre su salud. Esto se denomina evaluación. Los Centros de recursos para adultos mayores y personas con discapacidad (ADRC, por sus siglas en inglés) del Departamento de Asuntos para la Tercera Edad realizan estas evaluaciones. Una vez finalizada la evaluación, el ADRC le notificará acerca de su inclusión en la lista de espera o le proporcionará una lista de recursos si no es incluido en la lista de espera. Si es incluido en la lista de espera y hay cupo disponible para usted en el programa LTC, el Programa de revisión completa y evaluación para servicios de cuidado a largo plazo (CARES, por sus siglas en inglés) del Departamento de Asuntos para la Tercera Edad le pedirá que proporcione más información sobre usted para confirmar que cumple con otros criterios médicos para recibir servicios del programa LTC. Algunos afiliados no tienen que completar el proceso de selección o de lista de espera si cumplen con todos los demás requisitos de elegibilidad del programa LTC. Para obtener más información sobre las Excepciones de selección en el programa LTC, visite la página web de la Agencia en https://ahca.myflorida.com/Medicaid/statewide_mc/ltc_scrn.shtml. Por ejemplo:

1. ¿Tiene 18, 19 o 20 años?
2. ¿Padece una enfermedad o afección crónica debilitante de uno o más sistemas fisiológicos u orgánicos?
3. ¿Necesita supervisión o intervención médica, de enfermería o de salud las 24 horas del día?

Si ha respondido afirmativamente a las tres preguntas, puede comunicarse con Humana para solicitar una evaluación para el programa LTC. Una vez que esté inscrito en el programa LTC, nos aseguraremos de que siga cumpliendo con los requisitos del programa cada año.

Para encontrar el número de teléfono de su ADRC local, utilice el mapa siguiente. También pueden ayudarle a responder cualquier otra pregunta que tenga sobre el programa LTC. Visite https://ahca.myflorida.com/Medicaid/statewide_mc/smmc_ltc.shtml para obtener más información.



Sección 8: Cómo abandonar nuestro Plan (desafiliación)

Abandonar un plan se denomina **desafiliación**. Por ley, las personas no pueden abandonar o cambiar de plan mientras están inmovilizadas, excepto por motivos específicos. Si desea abandonar nuestro plan mientras está inmovilizado, llame al Agente encargado de las inscripciones del estado para saber si se le permitiría cambiar de plan.

Puede abandonar nuestro Plan en cualquier momento por los siguientes motivos (también denominados **motivos de Desafiliación con causa**):

- No cubrimos un servicio por razones morales o religiosas.
- Usted vive y recibe sus servicios de Cuidado a largo plazo de un proveedor como un centro de residencia asistida, hogar de cuidado familiar para adultos o centro de enfermería que pertenecía a nuestra red, pero que ya no pertenece a nuestra red.

También puede abandonar nuestro Plan por los siguientes motivos, si ha completado nuestro proceso de queja formal y apelación²:

- Usted recibe cuidado de mala calidad y la Agencia está de acuerdo con usted después de haber examinado su expediente médico.
- No puede obtener los servicios que necesita a través de nuestro Plan, pero puede obtener los servicios que necesita a través de otro plan.
- Sus servicios se retrasaron sin un motivo válido.

Si tiene alguna pregunta sobre si puede cambiar de plan, llame a Servicios para afiliados al 800-477-6931 (TTY: 711) o al Agente encargado de las inscripciones del estado al 877-711-3662 (TDD 866-467-4970).

Cancelación de su afiliación a nuestro Plan (desafiliación involuntaria)

La Agencia puede retirarlo de nuestro Plan (y a veces del programa SMMC por completo) por determinados motivos. Esto se denomina **desafiliación involuntaria**. Los motivos incluyen:

- Usted pierde su beneficio de Medicaid.
- Se muda fuera del lugar donde operamos o fuera del estado de Florida.
- Utiliza incorrectamente a sabiendas su tarjeta de identificación del Plan o permite que otra persona utilice su tarjeta de identificación del Plan.
- Falsifica o inventa recetas.
- Usted o sus cuidadores se comportan de una manera que nos dificulta proporcionarle cuidado.
- Usted está en el programa LTC y vive en un centro de residencia asistida o en un hogar de cuidado familiar para adultos que no tiene un entorno de hogar y no se mudará a un centro que sí tenga entorno de hogar³.
- Si la Agencia lo retira de nuestro Plan porque usted infringió la ley o por su conducta, no puede regresar al programa SMMC.

Sección 9: Administración de su cuidado

Si tiene una enfermedad o afección médica que requiere apoyo y coordinación adicionales, podemos asignarle un administrador de casos para que trabaje con usted. Su administrador de casos le ayudará a obtener los servicios que necesita. El administrador de casos trabajará con sus otros proveedores para administrar su cuidado de la salud. Si

¹ Para obtener la lista completa de motivos de Desafiliación con causa, consulte la Reglamentación administrativa de Florida 59G-8.600: https://www.flrules.org/gateway/RuleNo.asp?title=MANAGED_CARE&ID=59G-8.600

² Para obtener más información sobre cómo solicitar una apelación, consulte la Sección 15, Satisfacción de los afiliados, en la página 72.

le proporcionamos un administrador de casos y usted no desea uno, llame a Servicios para afiliados para informarnos.

Si está en el programa LTC, le asignaremos un administrador de casos. Debe tener un administrador de casos si está en el programa LTC. Su administrador de casos es la persona a la que debe consultar y es responsable de **coordinar su cuidado**. Esto significa que es la persona que le ayudará a averiguar qué servicios de LTC necesita y cómo obtenerlos.

Si tiene un problema con su cuidado o algo en su vida cambia, hágaselo saber a su administrador de casos y esta persona le ayudará a decidir si sus servicios deben cambiar para darle un mejor apoyo.

Cambio de administrador de casos

Si desea elegir un administrador de casos diferente, llame a Servicios para afiliados. Puede haber ocasiones en las que tengamos que cambiar su administrador de casos. Si necesitamos hacerlo, le enviaremos una carta para informarle y es posible que le llamemos.

Cosas importantes que debe decirle a su administrador de casos

Si algo cambia en su vida o no le gusta un servicio o proveedor, infórmele a su administrador de casos. Debe informar a su administrador de casos si:

- No le gusta un servicio.
- Tiene inquietudes sobre un proveedor de servicios.
- Sus servicios no son los correctos.
- Obtiene un nuevo seguro de salud.
- Va al hospital o a la sala de emergencias.
- Su cuidador ya no puede ayudarle.
- Cambia su situación de vida.
- Cambia su nombre, número de teléfono, dirección o condado.

Solicitud para suspender sus servicios

Si algo cambia en su vida y necesita interrumpir su(s) servicio(s) durante un tiempo, infórmele a su administrador de casos. Su administrador de casos le pedirá que complete y firme un Formulario de Consentimiento para la Suspensión Voluntaria para suspender su(s) servicio(s).

³ Esto es solo para los afiliados del programa de Cuidado a largo plazo. Si tiene preguntas sobre el cumplimiento de este requisito federal por parte de su centro, llame a Servicios para afiliados o a su administrador de casos.

Sección 10: Cómo acceder a los servicios

Antes de recibir un servicio o acudir a una cita de cuidado de la salud, tenemos que asegurarnos de que usted necesita el servicio y que este es adecuado por razones médicas. A esto se le conoce como **autorización previa**. Para hacer esto, analizamos su historia clínica y la información de su médico u otros proveedores de cuidado de la salud. Luego, decidiremos si ese servicio puede ayudarle. Utilizamos las normas de la Agencia para tomar estas decisiones.

Proveedores de nuestro Plan

Por lo general, debe usar médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud que estén en nuestra **red de proveedores**. Nuestra red de proveedores es el grupo de médicos, terapeutas, hospitales, centros y otros proveedores de cuidado de la salud con los que trabajamos. Puede elegir cualquier proveedor de nuestra red de proveedores. Esto se denomina **libertad de elección**. Si utiliza un proveedor de cuidado de la salud que no pertenece a nuestra red, es posible que deba pagar esa cita o servicio.

Encontrará una lista de proveedores de nuestra red en nuestro directorio de proveedores. Si necesita una copia del directorio de proveedores, llame al 800-477-6931 (TTY: 711) para obtener una copia o visite nuestro sitio web en espanol.humana.com/FindADoctor.

Si está en el programa LTC, su administrador de casos es la persona que le ayudará a elegir un proveedor de servicios que pertenezca a nuestra red para cada uno de sus servicios. Una vez que elija un proveedor de servicios, se comunicará con él para comenzar con sus servicios. Esta es la manera en la que los servicios son **aprobados** en el programa LTC. Su administrador de casos trabajará con usted, su familia, sus cuidadores, sus médicos y otros proveedores para asegurarse de que sus servicios de LTC funcionen bien con su cuidado médico y otros aspectos de su vida.

Proveedores que no están en nuestro Plan

Hay algunos servicios que usted podría obtener de proveedores que no pertenecen a nuestra red de proveedores.

Estos servicios son:

- Servicios y suministros de planificación familiar.
- Servicios de salud preventiva para las mujeres, como exámenes de mama, pruebas de detección de cáncer cervical y cuidado prenatal.
- Tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.
- Cuidado médico en casos de emergencia.

Si no podemos encontrar un proveedor en nuestra red de proveedores para estos servicios, le ayudaremos a encontrar otro proveedor que no esté en nuestra red. Recuerde consultar con nosotros primero antes de utilizar un proveedor que no esté en nuestra red de proveedores. Si tiene preguntas, llame a Servicios para afiliados.

Cuándo pagamos sus servicios dentales

Su plan dental cubrirá la mayor parte de sus servicios dentales, pero algunos servicios dentales pueden estar cubiertos por Humana Healthy Horizons. La tabla a continuación le ayudará a entender qué plan paga un servicio.

Tipo de servicio(s) dental(es):	El plan dental cubre:	El plan médico cubre:
Servicios dentales	Cubierto cuando ve a su dentista o higienista dental	Cubierto cuando consulta a su médico o enfermero
Servicios dentales programados en un hospital o centro de cirugía	Cubierto para servicios dentales proporcionados por su dentista	Cubierto para médicos, enfermeros, hospitales y centros de cirugía
Visita al hospital por un problema dental	No hay cobertura	Cubierto
Medicamentos recetados por una consulta o problema dental	No hay cobertura	Cubierto
Transporte a su cita o servicio dental	No hay cobertura	Cubierto

Comuníquese con Servicios para afiliados llamando al 800-477-6931 (TTY: 711) para obtener ayuda para coordinar estos servicios.

Los beneficiarios de Medicaid Dental en Florida pueden elegir entre tres planes dentales estatales:

- DentaQuest: Dentaquest.com/state-plans/regions/florida 888-468-5509 (TTY: 711)
- LIBERTY: Client.libertydentalplan.com/FLMedicaid 833-276-0850
- MCNA Dental: MCNA.net/es/home 800-282-3089 (TTY: 711)

Para elegir un plan dental

- Vaya a FLMedicaidManagedCare.com
- Llame al 877-711-3662 (TTY: 711) para hablar con un Consejero de opciones de Florida Medicaid.

Recibirá una tarjeta de identificación dental por correo postal. Lleve consigo esta tarjeta de identificación a todas las citas dentales. Obtenga más información en Humana.com/FloridaDental

¿Qué debo pagar?

Es posible que deba pagar las citas o servicios que no están cubiertos. Un servicio cubierto es un servicio que debemos proporcionar en el programa Medicaid. Todos los servicios enumerados en este manual son servicios cubiertos. Recuerde que el hecho de que un servicio esté cubierto no significa que lo necesitará. Es posible que deba pagar los servicios si no los aprobamos primero.

Si recibe una factura de un proveedor, llame a Servicios para afiliados. No pague la factura hasta que haya hablado con nosotros. Le ayudaremos.

Servicios para niños⁴

Debemos proporcionar todos los servicios necesarios por razones médicas a nuestros afiliados de 0 a 20 años de edad. Así lo requiere la ley. Esto es cierto incluso si no

⁴ También conocidos como requisitos de “Pruebas de detección tempranas y periódicas para diagnóstico y tratamiento” (EPSDT, por sus siglas en inglés).

cubrimos un servicio o el servicio tiene un límite. Siempre y cuando los servicios de su hijo sean necesarios por razones médicas, los servicios:

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

Su proveedor puede tener que solicitarnos la aprobación antes de proporcionarle el servicio a su hijo. Llame a Servicios para afiliados si desea saber cómo solicitar estos servicios.

Servicios cubiertos por el sistema de cargo por servicio recibido de Medicaid, no cubiertos a través de Humana Healthy Horizons

El programa de cargo por servicio de Medicaid es responsable de cubrir los siguientes servicios, en lugar de estar cubiertos por Humana Healthy Horizons:

- Análisis del comportamiento (BA, por sus siglas en inglés).
- Programa de reembolso certificado del Departamento de Salud del Condado (CHD, por sus siglas en inglés).
- Exención de servicios basados en el hogar y la comunidad de presupuestación individual para personas con discapacidades en el desarrollo (iBudget).
- Exención de servicios basados en el hogar y la comunidad para disautonomía familiar (FD, por sus siglas en inglés).
- Medicamentos relacionados con factores de hemofilia.
- Servicios en un centro de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual (ICF/IID, por sus siglas en inglés).
- Programa de reembolso escolar certificado de Medicaid (MCSM, por sus siglas en inglés).
- Exención de servicios basados en el hogar y la comunidad modelo.
- Servicios auditivos para recién nacidos.
- Atención prolongada pediátrica prescrita.
- Programa de reembolso del condado para el abuso de sustancias.

Esta página web de la Agencia proporciona detalles sobre cada uno de los servicios enumerados anteriormente y cómo acceder a estos servicios: http://ahca.myflorida.com/Medicaid/Policy_and_Quality/Policy/Covered_Services_HCBS_Waivers.shtml.

Objeciones morales o religiosas

Si no cubrimos un servicio debido a una razón religiosa o moral, le informaremos que el servicio no está cubierto. En estos casos, debe llamar al Agente encargado de las inscripciones del Estado al 877-711-3662 (TDD 866-467-4970). El Agente encargado de las inscripciones le ayudará a encontrar un proveedor para estos servicios.

Sección 11: Información útil sobre sus beneficios

Cómo elegir un proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)

Si tiene Medicare, comuníquese con el número que figura en su tarjeta de identificación de Medicare para obtener información sobre su PCP.

Una de las primeras cosas que deberá hacer cuando se inscriba en nuestro Plan es elegir un PCP. Puede ser un médico, un enfermero profesional o un asistente médico. Usted se comunicará con su PCP y concertará una cita para servicios como chequeos regulares, vacunas o cuando esté enfermo. Su PCP también le ayudará a recibir cuidado de otros proveedores o especialistas. Esto se denomina **referido**. Para elegir su PCP, llame a Servicios para afiliados.

Si prefiere tener un PCP que tenga el mismo origen cultural, étnico o racial que usted, pregunte si hay alguno disponible cuando llame a Servicios para afiliados.

Puede elegir un PCP diferente para cada familiar o puede elegir un PCP para toda la familia. Si no elige un PCP, le asignaremos un PCP para usted y su familia.

Puede cambiar de PCP en cualquier momento. Para cambiar de PCP, llame a Servicios para afiliados.

Cómo elegir un PCP para su hijo

Puede elegir un PCP para su bebé antes de que nazca. Podemos ayudarle con esto. Para ello, llame a Servicios para afiliados. Si no elige un PCP para cuando nazca su bebé, elegiremos uno por usted. Si desea cambiar el PCP de su bebé, llámenos.

Es importante que elija un PCP para su hijo para asegurarse de que reciba sus Consultas para el bienestar infantil cada año. Las Consultas para el bienestar infantil son para niños de 0 a 20 años de edad. Estas consultas son chequeos regulares que le ayudan a usted y al PCP de su hijo a saber qué está pasando con su hijo y cómo está creciendo. Su hijo también puede recibir vacunas en estas consultas. Estas consultas pueden ayudar a encontrar problemas y cuidar la salud de su hijo⁵.

Puede llevar a su hijo a un pediatra, médico de familia u otro proveedor de cuidado de la salud.

No necesita un referido para las Consultas para el bienestar infantil. Además, no hay ningún cargo por las Consultas para el bienestar infantil.

Cuidado de especialistas y referidos

A veces, es posible que deba consultar a un proveedor que no sea su PCP por problemas médicos como afecciones, lesiones o enfermedades especiales. Hable primero con su PCP. Su PCP lo referirá a un **especialista**. Un especialista es un proveedor que trabaja en un área de cuidado de la salud.

Si tiene un administrador de casos, asegúrese de informarle sobre sus **referidos**. El administrador de casos trabajará con el especialista para brindarle cuidado.

Segundas opiniones

Tiene derecho a recibir una **segunda opinión** sobre su cuidado. Esto significa hablar con un proveedor diferente para ver qué tiene que decir sobre su cuidado. El segundo proveedor le dará su punto de vista. Esto puede ayudarle a decidir si

⁵ Para obtener más información sobre las pruebas de detección y las evaluaciones recomendadas para los niños, consulte “Recommendations for Preventative Pediatric Health Care – Periodicity Schedule” (Recomendaciones para el cuidado de la salud pediátrico preventivo – Calendario de exámenes periódicos) en [Periodicity Schedule \(aap.org\)](http://www.aap.org/periodicity-schedule).

ciertos servicios o tratamientos son los mejores para usted. Obtener una segunda opinión no le generará ningún costo.

Su PCP, su administrador de casos o Servicios para afiliados pueden ayudarle a encontrar un proveedor que le dé una segunda opinión. Puede elegir a cualquiera de nuestros proveedores. Si no puede encontrar un proveedor con nosotros, le ayudaremos a encontrar un proveedor que no pertenezca a nuestra red de proveedores. Si necesita consultar a un proveedor que no pertenece a nuestra red de proveedores para obtener la segunda opinión, debemos aprobarlo antes de la consulta.

Cuidado de urgencia

El Cuidado de urgencia no es lo mismo que el Cuidado médico en casos de emergencia. El Cuidado de urgencia se necesita cuando tiene una lesión o enfermedad que debe ser tratada en un plazo de 48 horas. Su salud o su vida, por lo general, no están en peligro, pero no puede esperar a ver a su PCP o el evento ocurre después del cierre del consultorio.

Si necesita Cuidado de urgencia fuera del horario de atención y no puede comunicarse con su PCP, puede hablar con un enfermero las 24 horas del día. Para eso, llame a Servicios para afiliados al 800-477-6931 (TTY: 711).

También puede buscar el centro de Cuidado de urgencia más cercano en nuestro sitio web en www.humana.com/medicaid/online-tools/find-a-doctor para ver el directorio de proveedores o llamar a Servicios para afiliados al 800-477-6931 (TTY: 711).

Servicios de cuidado hospitalario

Si necesita ir al hospital para una cita, cirugía u hospitalización por una noche, su PCP se encargará de programarlo. Debemos aprobar los servicios del hospital antes de que vaya, excepto en casos de emergencia. No pagaremos los servicios hospitalarios, a menos que los aprobemos con anticipación o que se trate de una emergencia.

Si tiene un administrador de casos, esta persona trabajará con usted y su proveedor para implementar los servicios cuando regrese a su casa después de salir del hospital.

Cuidado médico en casos de emergencia

Usted tiene una **emergencia** médica cuando está tan enfermo o herido que su vida o salud corren peligro si no obtiene ayuda médica de inmediato. Algunos ejemplos son:

- Huesos fracturados.
- Hemorragia que no se detiene.
- Está embarazada, en trabajo de parto o sangrando.
- Dificultad para respirar.
- De repente no puede ver, moverse o hablar.

Los servicios en casos de emergencia son aquellos que recibe cuando está muy enfermo o lesionado. Estos servicios intentan mantenerlo vivo o evitar que empeore. Suelen prestarse en una sala de emergencias.

Si su afección es grave, llame al 911 o diríjase al centro de emergencias más cercano de inmediato. Puede ir a cualquier hospital o centro de emergencias. Si no sabe con seguridad si se trata de una emergencia, llame a su proveedor de cuidado primario. Su médico de cuidado primario le dirá lo que tiene que hacer.

El hospital o centro no necesita formar parte de nuestra red de proveedores ni de nuestra área de servicio. Tampoco necesita obtener una aprobación previa para obtener cuidado médico en casos de emergencia o para los servicios que recibe en una sala de emergencias para tratar su afección.

Si tiene una emergencia cuando está fuera de casa, obtenga el cuidado médico que necesite. Asegúrese de llamar a Servicios para afiliados cuando pueda y háganoslo saber.

Surtido de medicamentos recetados

Cubrimos una amplia gama de medicamentos recetados. Tenemos una lista de los medicamentos que cubrimos. Esta lista es lo que denominamos nuestra **Lista de medicamentos preferidos**. Puede encontrar esta lista en nuestro sitio web en www.humana.com/medicaid/florida-medicaid/coverage/pharmacy o puede llamar a Servicios para afiliados.

Cubrimos medicamentos de **marca y genéricos**. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes que los medicamentos de marca, pero suelen ser más económicos que los medicamentos de marca. Funcionan de la misma manera. A veces, es posible que debamos aprobar el uso de un medicamento de marca antes de surtir su receta.

Tenemos farmacias en nuestra red de proveedores. Puede presentar su receta en cualquier farmacia que esté en nuestra red de proveedores. Asegúrese de llevar su tarjeta de identificación del Plan a la farmacia.

La lista de medicamentos cubiertos puede cambiar ocasionalmente, pero le informaremos si algo cambia.

Información sobre las farmacias de especialidad

La farmacia de especialidad preferida de Humana Healthy Horizons es CenterWell Speciality Pharmacy™ y usted puede llamar al 800-486-2668 con la información de su receta. Humana Healthy Horizons también cubre medicamentos de especialidad en todas las farmacias de la red. Es posible que algunos medicamentos no estén disponibles en todas las farmacias y que solo estén disponibles a través de una farmacia de envío por correo de especialidad. Comuníquese con Servicios para afiliados al 800-477-6931 o (TTY: 711) para obtener ayuda para obtener su medicamento especializado cubierto en una farmacia de la red.

Servicios para la salud del comportamiento

Hay ocasiones en las que tal vez necesite hablar con un terapeuta o asesor, por ejemplo, si tiene alguno de los siguientes problemas o sensaciones:

- Siempre se siente triste.
- No quiere hacer las cosas que solía disfrutar.

- Siente que no sirve para nada.
- Tiene problemas para dormir.
- No tiene ganas de comer.
- Abusa del alcohol o de drogas.
- Tiene problemas en su matrimonio.
- Tiene inquietudes con la crianza de sus hijos.

Cubrimos diferentes tipos de servicios para la salud del comportamiento que pueden ayudarle con dificultades que pueda estar enfrentando. Puede llamar a un proveedor de salud del comportamiento para programar una cita. Para obtener ayuda en la búsqueda de un proveedor de salud del comportamiento:

- Llame al 888-778-4651.
- Consulte nuestro directorio de proveedores.
- Visite nuestro sitio web www.Humana.com/FLMedicaid.

Siempre habrá alguien disponible para ayudarle las 24 horas del día, los siete días de la semana.

No necesita un referido de su proveedor de cuidado primario para recibir servicios para la salud del comportamiento.

Si piensa en hacerse daño o en dañar a otra persona, llame al 911. También puede ir a la sala de emergencias o al centro de estabilización de crisis más cercano, incluso si está fuera de nuestra área de servicio. Una vez que esté en un lugar seguro, llame a su proveedor de cuidado primario si puede. Comuníquese con su proveedor en un plazo de 24-48 horas. Si recibe cuidado médico en casos de emergencia fuera del área de servicio, planificaremos su traslado a un hospital o proveedor que esté dentro de la red de nuestro Plan una vez que esté estable.

Programas de recompensa para afiliados

Ofrecemos programas para ayudarle a mantenerse saludable y a vivir una vida más saludable (como perder peso o dejar de fumar). Los llamamos **programas de comportamientos saludables**. Puede ganar recompensas mientras participa en estos programas. Nuestro Plan ofrece los siguientes programas:

Programa de comportamientos saludables de Humana Healthy Horizons™ en Florida

Go365 for Humana Healthy Horizons es un programa de bienestar que le ofrece la oportunidad de ganar recompensas por realizar acciones saludables.

Participe en actividades saludables y gane recompensas

Todos los afiliados pueden participar en Go365 for Humana Healthy Horizons. Participar en actividades saludables y ganar recompensas a través de nuestro programa de bienestar Go365 for Humana Healthy Horizons es fácil.

Para ganar recompensas, usted debe:

- Descargar la aplicación Go365 for Humana Healthy Horizons de iTunes/Apple Shop o Google Play en un dispositivo móvil
- Crear una cuenta para acceder al programa y participar en él
 - Los afiliados de 18 años en adelante se pueden registrar para crear una cuenta en Go365. Debe tener su identificación de afiliado de Medicaid.
 - Los padres o tutores de afiliados menores de 18 años pueden crear una cuenta en nombre del menor. Debe tener su identificación de afiliado de Medicaid.

Para los afiliados de 12 a 17 años, **debemos** obtener el consentimiento verbal del padre/madre/tutor.

Si tiene una cuenta de [MyHumana account](#), puede usar la misma información de inicio de sesión para acceder a Go365 for Humana Healthy Horizons después de descargar la aplicación.

Por cada actividad elegible de Go365® que realice, puede ganar recompensas y luego canjearlas por tarjetas de regalo en la tienda dentro de la aplicación Go365®. Las recompensas obtenidas a través de Go365® no tienen valor en efectivo y deben ganarse y canjearse antes de la fecha de vencimiento de la recompensa.

Llame a Go365® al 888-225-4699 (TTY: 711) para más información.

Participe en actividades saludables y gane recompensas

Los afiliados de 18 años en adelante pueden reunir los requisitos para ganar recompensas si se inscriben en Go365 for Humana Healthy Horizons y luego realizan una o más actividades saludables:

Actividad saludable	Recompensa
<p>Evaluación de riesgos de salud (HRA, por sus siglas en inglés)</p> <p>Disponible para todos los afiliados</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$20 en recompensas (1 por año) para los afiliados nuevos que realicen una HRA completa dentro de los 90 días posteriores a la inscripción en el plan. • \$10 en recompensas (1 por año) para los afiliados nuevos que realicen una HRA completa después de los 90 días posteriores a la inscripción en el plan. • Tiene 4 opciones para realizar su HRA. • Completar y enviarnos la HRA en el sobre que recibió en su kit de bienvenida. • Llamarnos al 855-351-7877 (TTY: 711). • Descargar la aplicación Go365 for Humana Healthy Horizons, completar la HRA y presentarla en línea. • Crear una cuenta de MyHumana, abrir una nueva ventana y completar y enviar la HRA en línea.
<p>Programa de consultas anuales para el bienestar</p> <p>Disponible para afiliados de 18 años en adelante</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$20 en recompensas para afiliados nuevos que visitan a su médico de cuidado primario para un control de bienestar dentro de los 90 días posteriores a la inscripción en el plan.
<p>Programa Moms First para los períodos prenatal y posparto</p> <p>Disponible para afiliados de 13 años en adelante</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$10 en recompensas por inscribirse en el Programa Moms First. • \$20 en recompensas (1 por embarazo, por año) para las afiliadas que participen en Moms First y que completen una (1) consulta prenatal dentro del primer trimestre de embarazo O dentro de los primeros 42 días posteriores a la inscripción en Humana. • \$20 en recompensas (1 por embarazo, por año) para las afiliadas que participen en Moms First y que completen una (1) consulta de posparto dentro de los 60 días posteriores al parto.

Actividad saludable	Recompensa
Programa para el control del peso ¹ Disponible para afiliados de 12 años en adelante	<ul style="list-style-type: none"> • \$10 en recompensas por inscribirse en el programa Y completar la consulta de bienestar inicial con el médico de cuidado primario. • \$20 en recompensas para los afiliados que completen seis (6) sesiones de asesoramiento telefónico y realicen el control de bienestar final con el PCP.
Programa para dejar de fumar ² Disponible para afiliados de 12 años en adelante	<ul style="list-style-type: none"> • \$25 en recompensas para los afiliados que completen dos (2) sesiones de asesoramiento telefónico con un asesor de salud dentro de los primeros 45 días posteriores a la inscripción en el programa. • \$25 en recompensas para los afiliados que completen 6 sesiones adicionales de asesoramiento telefónico (un total de 8 llamadas).
Programa de farmacodependencia Disponible para afiliados de 18 años en adelante	<p>Los afiliados pueden participar en 1 o ambas de estas ofertas</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$20 en recompensas para los afiliados que completen un total de 6 llamadas de asesoramiento dentro de los 3 meses posteriores a la primera sesión de asesoramiento. • \$20 en recompensas por participar activamente en un programa para pacientes ambulatorios durante 28 a 30 días.
Vacunación contra el COVID-19 ³	\$20 en recompensas cuando los afiliados completan la vacunación contra el COVID-19 y cargan una prueba de vacunación a través de la aplicación Go365 for Humana Healthy Horizons.
Programa de consultas para el bienestar infantil Afiliados menores de 18 años	\$20 en recompensas cuando los afiliados completan una consulta de bienestar anual con su pediatra o PCP.

Tenga en cuenta: Si no tiene teléfono móvil, llame a Safelink Health Solutions® al 877-631-2550 para obtener información sobre cómo obtener un teléfono inteligente sin costo.

*Los afiliados menores de 18 años no tendrán acceso a la aplicación Go365.

¹La intención es que el Programa para el control del peso se complete en seis (6) meses, pero se darán hasta 12 meses para completar seis (6) sesiones, lo que brindará al afiliado la oportunidad de recuperar las sesiones de asesoramiento perdidas.

²La intención es que el Programa para dejar de fumar se complete en siete (7) meses, pero se darán hasta 12 meses para completar ocho (8) sesiones, lo que brindará al afiliado la oportunidad de recuperar las sesiones de asesoramiento perdidas.

³Vacunación para afiliados mayores de 5 años

Una pauta de vacuna completa significa haber recibido la segunda dosis en el caso de las que requieren dos (Moderna y Pfizer) o una sola dosis (Johnson & Johnson), si se requiere tan solo una. Todas las vacunas del COVID-19 autorizadas por los CDC son elegibles. El plan ofrecerá este programa de incentivos una vez por inscripción, de modo que se pueda aplicar cualquier recomendación futura de los CDC, como los refuerzos anuales.

Vacunación para niños menores de 5 años

El número de dosis de la vacuna del COVID-19 que necesitan los niños menores de 5 años depende del tipo de vacuna que reciba el niño.

- [Vacuna de Pfizer: pauta de 3 dosis, con las dos primeras dosis administradas con un intervalo de 3 semanas y la última inyección administrada al menos 2 meses después].
- [Vacuna de Moderna: pauta de 2 dosis administradas con un intervalo de unas 4 semanas].

Según la FDA, los cuidadores deberían sentirse tranquilos al administrar vacunas de Pfizer o Moderna a un niño.

Las recompensas no tienen valor en efectivo. Las cantidades monetarias mencionadas anteriormente son valores de recompensas, no dólares reales. Para algunas recompensas, su médico tiene que indicarnos que usted completó la actividad saludable. Una vez que recibamos esta información de su médico, verá en la aplicación la opción de canjear la recompensa. Para cualquier recompensa que califique para ganar durante el año del plan 2021, debemos obtener la confirmación de su médico a más tardar el 15 de marzo de 2022.

Humana Healthy Horizons está disponible para todos los afiliados que cumplan con los requisitos del programa. Las recompensas no se utilizan para indicarle al afiliado que seleccione un proveedor determinado. Es posible que deba esperar de 90 a 180 días o más para recibir las recompensas. Las recompensas no son transferibles a otros planes de cuidado administrado u otros programas. Los afiliados perderán el acceso a los incentivos y las recompensas ganados de la aplicación Go365[®] si se desafilian voluntariamente de Humana Healthy Horizons o si pierden la elegibilidad para Medicaid por más de ciento ochenta (180) días. Al final del año del plan (31 de diciembre), los afiliados con inscripción continua tendrán 90 días para canjear sus recompensas.

Los incentivos y las recompensas no pueden utilizarse para juegos de azar, alcohol, tabaco o drogas (excepto para medicamentos de venta sin receta [OTC, por sus siglas en inglés]). *Las recompensas pueden limitarse a una vez por año, por actividad. Consulte la descripción de la actividad para obtener detalles.*

Recuerde que las recompensas no se pueden transferir. Si abandona nuestro Plan durante más de 180 días, es posible que no reciba su recompensa. Si tiene preguntas o desea inscribirse en cualquiera de estos programas, llámenos al 800-477-6931.

Programas de manejo de enfermedades

Tenemos programas especiales disponibles que le ayudarán si padece una de estas afecciones.

Cáncer: El diagnóstico de cáncer es aterrador, pero Humana está aquí para ayudar

Humana cuenta con enfermeros capacitados en oncología para ayudarle durante todo el tratamiento del cáncer. Pueden guiarle con las opciones de tratamiento, proporcionarle información y apoyo durante su tratamiento. Están disponibles para ayudarle a hacer elecciones informadas sobre su cuidado médico.

Este programa es un servicio telefónico, pero es diferente de la línea directa de enfermería de guardia. Usted habla siempre con el mismo enfermero, un enfermero que se toma el tiempo para conocer su historia personal.

Los enfermeros comparten información sobre el control de síntomas, la dieta y los recursos para programas de apoyo para el cáncer. Se ofrecen desde el inicio del diagnóstico y durante el transcurso del tratamiento.

Los enfermeros trabajarán con su cronograma y lo que usted nos diga no cambiará sus beneficios de salud, cobertura o tarifas. Sepa que la información de salud que comparte en las conversaciones con el enfermero no se divulgará. ¡Este programa se ofrece como parte de su plan médico sin ningún costo adicional para usted! Humana proporciona este apoyo para ayudarle a alcanzar sus objetivos de salud.

Diabetes: El programa de manejo de enfermedades para la diabetes le brinda información sobre su diabetes. Se diseña un plan para ayudarle a mejorar los comportamientos y las habilidades para enfrentar la enfermedad, al tiempo que se proporciona apoyo y los recursos necesarios. Utiliza un enfoque diferente para obtener los mejores resultados terapéuticos posibles según la revisión de sus necesidades, el monitoreo continuo del cuidado, la evaluación y las intervenciones personalizadas de los afiliados y médicos.

Asma: El programa de manejo de enfermedades para el asma le brinda información sobre su asma y crea un plan de cuidado específico para el afiliado para ayudar a acrecentar los comportamientos óptimos relacionados con la salud y las habilidades para enfrentar la afección, al tiempo que proporciona el apoyo y los recursos necesarios. El programa utiliza un enfoque multifacético para obtener los mejores resultados terapéuticos posibles según la revisión de sus necesidades, el monitoreo continuo del cuidado, la evaluación y las intervenciones personalizadas de los afiliados y médicos.

Presión arterial alta (hipertensión): El programa de manejo de enfermedades para la hipertensión le brinda conocimientos sobre su hipertensión y diseña un plan de cuidado específico para el afiliado para ayudar a desarrollar comportamientos óptimos relacionados con la salud y habilidades para enfrentar la afección, al tiempo que proporciona el apoyo y los recursos necesarios. El programa utiliza un enfoque diferente para obtener los mejores resultados terapéuticos posibles según la revisión de las necesidades del afiliado, el monitoreo continuo del cuidado, la evaluación y las intervenciones personalizadas de los afiliados y médicos.

Salud del comportamiento: Nuestro programa de salud del comportamiento le ayuda a enfrentar problemas de salud mental y problemas de farmacodependencia. Los objetivos principales de este programa son ayudarlo a mantenerse estable o mejorar y promover la recuperación. Este programa nos permite trabajar de cerca con su plan de salud para abordar tanto sus necesidades médicas como las de la salud del comportamiento.

Anemia drepanocítica: El Programa de manejo de enfermedades para la anemia drepanocítica le brinda conocimientos sobre su anemia drepanocítica y diseña un plan de cuidado específico para el afiliado para ayudarlo a desarrollar comportamientos óptimos relacionados con la salud y habilidades para enfrentar la enfermedad, al tiempo que proporciona el apoyo y los recursos necesarios. El programa utiliza un enfoque diferente para obtener los mejores resultados terapéuticos posibles según la revisión de sus necesidades, el monitoreo continuo del cuidado, la evaluación y las intervenciones personalizadas de los afiliados y médicos.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): El programa de manejo de enfermedades para la EPOC le brinda conocimientos sobre su EPOC y diseña un plan de cuidado específico para el afiliado para ayudar a desarrollar comportamientos óptimos relacionados con la salud y habilidades para enfrentar la afección, al tiempo que proporciona el apoyo y los recursos necesarios. El programa utiliza un enfoque diferente para obtener los mejores resultados terapéuticos posibles según la revisión de sus necesidades, el monitoreo continuo del cuidado, la evaluación y las intervenciones personalizadas de los afiliados y médicos.

Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC): El programa de manejo de enfermedades para la ICC le brinda conocimientos sobre su ICC y diseña un plan de cuidado específico para el afiliado para ayudar a desarrollar comportamientos óptimos relacionados con la salud y habilidades para enfrentar la afección, al tiempo que proporciona el apoyo y los recursos necesarios. El programa utiliza un enfoque diferente para obtener los mejores resultados terapéuticos posibles según la revisión de las necesidades del afiliado, el monitoreo continuo del cuidado, la evaluación y las intervenciones personalizadas de los afiliados y médicos.

VIH/SIDA: El programa de manejo de enfermedades para el VIH/SIDA le brinda conocimientos sobre su VIH/SIDA y diseña un plan de cuidado específico para el afiliado para ayudar a desarrollar comportamientos óptimos relacionados con la salud y habilidades para enfrentar la afección, al tiempo que proporciona el apoyo y los recursos necesarios. El programa utiliza un enfoque diferente para obtener los mejores resultados terapéuticos posibles según la revisión de las necesidades del afiliado, el monitoreo continuo del cuidado, la evaluación y las intervenciones personalizadas de los afiliados y médicos.

⁶ Puede encontrar la definición de “Necesidad médica” en http://ahca.myflorida.com/medicaid/review/General/59G_1010_Definitions.pdf

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

- Teléfono: Llame a Humana al 800-229-9880. Horario de atención: de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m., hora del este.
- Sitio web: <http://www.Humana.com/FloridaCoverage>.
- Si desea darnos su opinión acerca del Programa para el manejo de enfermedades o si tiene alguna queja, comuníquese con: 800-229-9880.

Asuntos relacionados con la última etapa de la vida, que incluyen información sobre las instrucciones anticipadas:

Este programa ayuda a gestionar a los afiliados que necesitan Cuidados paliativos. El programa proporciona educación para facilitar la comprensión de que un diagnóstico de una enfermedad o lesión debilitante o que pone en peligro su vida afecta no solo a usted, sino también a quienes lo rodean y tiene como objetivo ayudar a satisfacer sus necesidades y las de sus cuidadores. Este programa le hace un seguimiento con un enfoque holístico centrado en la familia, y comprende que cada grupo tiene diferentes definiciones de familia. Este programa promueve consultas programadas con el médico, referidos de salud del comportamiento, consultas nutricionales, consultas con trabajadores sociales, educación sobre la calidad de vida, diversas opciones de tratamiento, manejo del dolor o los síntomas y coordinación con los recursos de la comunidad según sea necesario.

Si está en el programa LTC, también ofrecemos programas para dificultades con la demencia y la enfermedad de Alzheimer:

Este programa ayuda a manejar su enfermedad de Alzheimer o demencia. El programa proporciona educación para facilitar la comprensión de que un diagnóstico de enfermedad de Alzheimer o demencia afecta no solo a usted, sino también a quienes lo rodean y tiene como objetivo ayudar a satisfacer sus necesidades y las de sus cuidadores. Este programa hace un seguimiento de los afiliados con un enfoque holístico centrado en la familia y promueve consultas programadas con el médico, referidos de salud del comportamiento, consultas nutricionales, consultas con trabajadores sociales y coordinación con los recursos de la comunidad según sea necesario.

Programas de mejora de la calidad

Queremos que reciba un cuidado de la salud de calidad. Ofrecemos programas adicionales que ayudan a mejorar el cuidado que recibe. Los programas son:

• **Programa contra la violencia doméstica**

Su PCP debe estar atento a signos de violencia doméstica durante su visita de atención preventiva. También puede obtener materiales educativos de su PCP. Llame a su proveedor de cuidado primario o a Servicios para afiliados al 800-477-6931 (TTY: 711) para obtener más información.

• **Programa de prevención del embarazo**

Podemos referirla a programas de prevención del embarazo disponibles para usted en su comunidad. Puede usar estos servicios independientemente de su edad, sexo, condición de embarazo o consentimiento de sus padres. Llame a su proveedor de cuidado primario o a Servicios para afiliados al 800-477-6931 (TTY: 711) para obtener más información.

- **Programa de servicios prenatales y posparto**

Contamos con un programa de servicios antes y después del embarazo llamado Moms First. Se le asignará un administrador de casos que le ayudará a lo largo del embarazo y le proporcionará materiales informativos. El programa también provee incentivos por comportamientos saludables, o estrategias para ayudarlo a mantener el rumbo. Cuando nazca su bebé, el administrador de casos y su PCP le brindarán más información sobre la planificación familiar. También la remitirán a los programas Healthy Start y Mujeres, bebés y niños (WIC, por sus siglas en inglés). Llame a su proveedor de cuidado primario o a Moms First al 800-322-2758 (TTY: 711) para obtener más información.

- **Programa para niños**

Humana Healthy Horizons puede referirlo a programas para niños en su zona que ayudan a prevenir problemas de salud y proporcionan servicios de cuidado de la salud temprano a familias con niños de 0 a 5 años. Humana Healthy Horizons también trabaja en equipo con su PCP para ayudarlo a mantener saludables a sus hijos. Hable con su proveedor de cuidado primario sobre estos programas en su área o llame al 800-229-9880, extensión 1500478 (TTY: 711) para obtener más información.

- **Servicios para la salud del comportamiento**

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

Para más información, llame al 888-778-4651.

- **Prevención del riesgo de caídas**

Contamos con un proceso de prevención del riesgo de caídas que implica la detección, evaluación y planificación del cuidado. Un administrador de casos manejará este proceso con usted y le proporcionará educación sobre la prevención de caídas y los referidos para servicios pertinentes.

- **Nuevo tratamiento médico**

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

- **Coordinación de casos complejos**

Los afiliados de Medicaid pueden ser elegibles para recibir los servicios de Coordinación de casos complejos si han tenido varias hospitalizaciones o tienen necesidades médicas complejas que requieren una asistencia frecuente y constante. La Coordinación de casos complejos se provee a los afiliados de Medicaid a través de un personal de enfermería de

Humana que está especialmente capacitado en la coordinación de casos. Un equipo de médicos, asistentes sociales y socios de servicios de la comunidad está disponible para garantizar que se satisfagan sus necesidades y se realicen todos los esfuerzos necesarios para mejorar y optimizar su salud y bienestar general. El programa de coordinación de casos es optativo.

Si desea obtener más información acerca del Programa de coordinación de casos complejos, autoreferirse o cancelar su participación en el Programa de coordinación de casos complejos, puede comunicarse con el Departamento de Servicios de Salud al 800-229-9880.

También es importante entender que:

Se gestiona una autorización previa para confirmar que necesita el servicio y que es adecuado por razones médicas. No se otorgan recompensas a médicos, otros proveedores de cuidado de la salud o personas que toman estas decisiones, por negar la cobertura de los servicios. Ninguna recompensa alienta decisiones que resulten en la subutilización de los servicios para quienes toman las decisiones.

También tiene derecho a contarnos sobre los cambios que cree que deberíamos hacer.

Para obtener más información sobre nuestro programa de mejora de la calidad o para darnos sus ideas, llame a Servicios para afiliados.

Sección 12: Beneficios de su Plan: Servicios de asistencia médica administrada

La tabla a continuación enumera los servicios médicos cubiertos por nuestro Plan. Recuerde que es posible que necesite un referido de su proveedor de cuidado primario o nuestra aprobación antes de ir a una cita o usar un servicio. Los servicios deben ser necesarios por razones médicas para que nosotros los paguemos⁶.

Es posible que haya algunos servicios que no cubrimos, pero que podrían ser cubiertos por Medicaid. Para obtener información sobre estos beneficios, llame a la Línea de ayuda de Medicaid de la Agencia al 877-254-1055.

Si necesita traslado para estos servicios, podemos ayudarle. Puede llamar a ModivCare al 866-779-0565 para programar un traslado.

Si se producen cambios en los servicios cubiertos u otros cambios que le afectarán, le notificaremos por escrito al menos 30 días antes de la fecha en que tenga lugar el cambio. Si tiene preguntas sobre cualquiera de los servicios médicos cubiertos, llame a Servicios para afiliados.

Si desea obtener más información acerca del Programa de coordinación de casos complejos, autoreferirse o cancelar su participación en el Programa de coordinación de casos complejos, puede comunicarse con el Departamento de Servicios de Salud al 800-229-9880.

⁶ Puede encontrar la definición de “Necesidad médica” en http://ahca.myflorida.com/medicaid/review/General/59G_1010_Definitions.pdf

También es importante entender que:

Se gestiona una autorización previa para confirmar que necesita el servicio y que es adecuado por razones médicas. No se otorgan recompensas a médicos, otros proveedores de cuidado de la salud o personas que toman estas decisiones, por negar la cobertura de los servicios. Ninguna recompensa alienta decisiones que resulten en la subutilización de los servicios para quienes toman las decisiones.

También tiene derecho a contarnos sobre los cambios que cree que deberíamos hacer.

Para obtener más información sobre nuestro programa de mejora de la calidad o para darnos sus ideas, llame a Servicios para afiliados.

Sección 12: Beneficios de su Plan: Servicios de asistencia médica administrada

La tabla a continuación enumera los servicios médicos cubiertos por nuestro Plan. Recuerde que es posible que necesite un referido de su proveedor de cuidado primario o nuestra aprobación antes de ir a una cita o usar un servicio. Los servicios deben ser necesarios por razones médicas para que nosotros los paguemos⁶.

Es posible que haya algunos servicios que no cubrimos, pero que podrían ser cubiertos por Medicaid. Para obtener información sobre estos beneficios, llame a la Línea de ayuda de Medicaid de la Agencia al 877-254-1055.

Si necesita traslado para estos servicios, podemos ayudarle. Puede llamar a ModivCare al 866-779-0565 para programar un traslado.

Si se producen cambios en los servicios cubiertos u otros cambios que le afectarán, le notificaremos por escrito al menos 30 días antes de la fecha en que tenga lugar el cambio. Si tiene preguntas sobre cualquiera de los servicios médicos cubiertos, llame a Servicios para afiliados.

Servicios	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
Servicios en centros de recepción por adicción	Servicios utilizados para ayudar a personas que luchan contra la adicción a las drogas o el alcohol	Según sea necesario por razones médicas y recomendado por nosotros Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Servicios para alergias	Servicios para tratar afecciones como estornudos o erupciones que no son causadas por una enfermedad	Cubrimos pruebas de alergia en piel o sangre necesarias por razones médicas y hasta 156 dosis por año de vacunas para la alergia Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa

Servicios de transporte en ambulancia	Los servicios de ambulancia son para cuando usted necesita cuidado médico en casos de emergencia mientras es transportado al hospital o apoyo especial cuando se transporta de un centro a otro	Cubiertos según sea necesario por razones médicas. Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa para el transporte en ambulancia que no sea de emergencia
Servicios de desintoxicación ambulatoria	Servicios proporcionados a personas que deciden dejar las drogas o el alcohol	Según sea necesario por razones médicas y recomendado por nosotros Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Servicios del centro de cirugía ambulatoria	Cirugía y otros procedimientos que se realizan en un centro que no es el hospital (paciente ambulatorio)	Cubiertos según sea necesario por razones médicas. Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Servicios de anestesia	Servicios para evitar que sienta dolor durante una cirugía u otros procedimientos médicos	Cubiertos según sea necesario por razones médicas. Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Servicios de cuidados asistenciales	Servicios proporcionados a adultos (de 18 años en adelante) para ayudar con las actividades de la vida diaria y el uso de medicamentos	Cubrimos 365/366 días de servicios por año, según sea necesario por razones médicas Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Servicios para la evaluación de la salud del comportamiento	Servicios utilizados para detectar o diagnosticar enfermedades mentales y trastornos de la salud del comportamiento	Cubrimos, según sea necesario por razones médicas: - Una evaluación inicial por año - Una reevaluación por año - Hasta 150 minutos de evaluaciones del estado de salud del comportamiento breves (no más de 30 minutos en un solo día) Consulte la sección Beneficios ampliados a continuación de esta sección para obtener más detalles Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa

Servicios para la salud del comportamiento ambulatorios	Servicios para la salud del comportamiento proporcionados a niños (de 0 a 18 años) inscritos en un programa del DCF	Cubrimos 365/366 días de servicios necesarios por razones médicas por año, que incluyen terapia, servicios de apoyo y planificación del cuidado de seguimiento Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Cuidado de relevo para la salud del comportamiento	Provisión de alivio a corto plazo para los cuidadores primarios de los afiliados	Según sea necesario por razones médicas y recomendado por nosotros Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Servicios cardiovasculares	Servicios para el tratamiento del corazón y el sistema circulatorio (vasos sanguíneos)	Cubrimos lo siguiente según las indicaciones de su médico, cuando sea necesario por razones médicas: - Evaluaciones cardíacas - Procedimientos quirúrgicos cardíacos - Dispositivos cardíacos Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Coordinación de casos enfocada a los servicios de salud infantil	Servicios proporcionados a niños (de 0 a 3 años) para ayudarles a recibir cuidado de la salud y otros servicios O Servicios proporcionados a niños (de 0 a 20 años) que utilizan servicios de cuidado médico de acogida	Su hijo debe estar inscrito en el programa Early Steps del Departamento de Salud O Su hijo debe recibir servicios de cuidado médico de acogida Usted no paga nada	No se requiere autorización previa

Servicios quiroprácticos	Diagnóstico y tratamiento manipulativo de desalineaciones de las articulaciones, especialmente de la columna vertebral, que pueden causar otros trastornos que afectan nervios, músculos y órganos	Cubrimos, según sea necesario por razones médicas: <ul style="list-style-type: none"> - Hasta 24 consultas de paciente por año, por afiliado - Radiografías - Consulte la sección Beneficios ampliados a continuación de esta sección para obtener más detalles. Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Servicios clínicos	Servicios de cuidado de la salud proporcionados en un departamento de salud del condado, un centro de salud con acreditación del gobierno federal o una clínica de salud rural	Usted no paga nada por una visita a un Centro de salud acreditado por el gobierno federal o a una clínica de salud rural, necesaria por razones médicas	Es posible que necesite autorización previa
Servicios integrales basados en la comunidad	Servicios proporcionados por un equipo de salud mental a niños con riesgo de ingresar en un centro de tratamiento para la salud mental	Según sea necesario por razones médicas y recomendado por nosotros Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Servicios de la unidad de estabilización de crisis	Servicios de salud mental en casos de emergencia que se realizan en un centro que no es un hospital regular	Según sea necesario por razones médicas y recomendado por nosotros Usted no paga nada	No se requiere autorización previa

Servicios de diálisis	Cuidado médico, pruebas y otros tratamientos para los riñones. Este servicio también incluye suministros para diálisis y otros suministros que ayudan a tratar los riñones	Cubrimos lo siguiente según las indicaciones del médico tratante, cuando sea necesario por razones médicas: <ul style="list-style-type: none"> - Tratamientos de hemodiálisis - Tratamientos de diálisis peritoneal <p>Usted no paga nada</p>	Es posible que necesite autorización previa
Servicios de centros sociales	Servicios proporcionados en un centro que ayuda a las personas sin hogar a obtener tratamiento o vivienda	Según sea necesario por razones médicas y recomendado por nosotros Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Servicios de equipo médico duradero y suministros médicos	El equipo médico se utiliza para controlar y tratar una afección, enfermedad o lesión. El equipo médico duradero se utiliza una y otra vez, e incluye cosas como sillas de ruedas, aparatos ortopédicos, muletas y otros artículos. Los suministros médicos son artículos destinados a un solo uso y luego se desechan	Según sea necesario por razones médicas, se aplican ciertos límites de servicio y edad. Llame al 800-477-6931 o TTY: al 711 para obtener más información. Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Servicios de intervención temprana	Servicios para niños de 0 a 3 años con retrasos en el desarrollo y otras afecciones	Cubrimos según sea necesario por razones médicas: <ul style="list-style-type: none"> - Una evaluación inicial de por vida, realizada por un equipo - Hasta 3 pruebas de detección por año - Hasta 3 evaluaciones de seguimiento por año - Hasta 2 sesiones de capacitación o apoyo por semana <p>Usted no paga nada</p>	No se requiere autorización previa

Servicios de transporte en casos de emergencia	Transporte proporcionado por ambulancias terrestres o ambulancias aéreas (helicóptero o avión) para llevarlo a un hospital debido a una emergencia	Cubiertos según sea necesario por razones médicas. Usted no paga nada	No se requiere autorización previa
Servicios de evaluación y control	Servicios de consultas médicas para mantenerse sano y prevenir o tratar enfermedades	Cubrimos según sea necesario por razones médicas: <ul style="list-style-type: none"> - Una prueba de detección (chequeo) para adultos por año - Las consultas para el bienestar infantil se basan en la edad y en las necesidades del desarrollo - Una consulta por mes para personas que viven en centros de enfermería - Hasta dos consultas médicas por mes para adultos para tratar enfermedades o afecciones - Consulte la sección Beneficios ampliados a continuación de esta sección para obtener más detalles. Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Servicios de terapia familiar	Servicios para familias para tener sesiones de terapia con un profesional de la salud mental	Cubrimos según sea necesario por razones médicas: <ul style="list-style-type: none"> - Hasta 26 horas por año - Consulte la sección Beneficios ampliados a continuación de esta sección para obtener más detalles Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Capacitación familiar y asesoramiento para el desarrollo infantil	Servicios para apoyar a una familia durante el tratamiento de salud mental de su hijo	Según sea necesario por razones médicas y recomendado por nosotros Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa

Servicios gastrointestinales	Servicios para tratar afecciones o enfermedades del estómago o del sistema digestivo	Cubrimos: - Cubiertos según sea necesario por razones médicas Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Servicios genitourinarios	Servicios para tratar afecciones o enfermedades de los genitales o del sistema urinario	Cubrimos: - Cubiertos según sea necesario por razones médicas Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Servicios de terapia grupal	Servicios para que un grupo de personas tengan sesiones de terapia con un profesional de la salud mental	Cubrimos según sea necesario por razones médicas: - Hasta 39 horas por año - Consulte la sección Beneficios ampliados a continuación de esta sección para obtener más detalles Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Servicios para la audición	Pruebas auditivas, tratamientos y suministros que ayudan a diagnosticar o tratar problemas auditivos. Esto incluye audífonos y reparaciones	Cubrimos las pruebas de audición y lo siguiente según las indicaciones de su médico, cuando sea necesario por razones médicas: - Implantes cocleares - Un audífono nuevo por oído, una vez cada 3 años - Reparaciones - Consulte la sección Beneficios ampliados a continuación de esta sección para obtener más detalles Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa

Servicios de cuidado de la salud en el hogar	Servicios de enfermería y asistencia médica proporcionados en su hogar para ayudarle a manejar o recuperarse de una afección médica, enfermedad o lesión	Cubrimos, cuando sea necesario por razones médicas: - Hasta 4 visitas por día para beneficiarias embarazadas y beneficiarios de 0 a 20 años - Hasta 3 visitas por día para todos los demás beneficiarios - Consulte la sección Beneficios ampliados a continuación de esta sección para obtener más detalles Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Servicios de hospicio	Servicios de cuidado médico, tratamiento y apoyo emocional para personas con enfermedades terminales o que están en la etapa final de sus vidas para ayudarlas a estar cómodas y sin dolor. También hay servicios de apoyo disponibles para familiares o cuidadores	- Cubiertos según sea necesario por razones médicas Copago: Consulte la información sobre la responsabilidad del paciente para obtener información sobre el copago; usted puede tener responsabilidad del paciente por los servicios de hospicio, ya sea que viva en su hogar, en un centro médico o en un centro de enfermería	Es posible que necesite autorización previa
Servicios de terapia individual	Servicios para que las personas tengan sesiones de terapia individuales con un profesional de la salud mental	Cubrimos según sea necesario por razones médicas: - Hasta 26 horas por año - Consulte la sección Beneficios ampliados a continuación de esta sección para obtener más detalles Usted no paga nada	No se requiere autorización previa

Servicios de salud mental para bebés antes y después de la evaluación	Servicios de evaluación por parte de un profesional de la salud mental con formación especial en bebés y niños pequeños	Según sea necesario por razones médicas y recomendado por nosotros Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Servicios hospitalarios para pacientes internados	Cuidado médico que recibe mientras está en el hospital. Esto puede incluir pruebas, medicamentos, terapias y tratamientos, consultas con médicos y equipos utilizados para tratarlo	Cubrimos los siguientes servicios hospitalarios como paciente internado según la edad y la situación, cuando sea necesario por razones médicas: - Hasta 365/366 días para beneficiarios de 0 a 20 años - Hasta 45 días para todos los demás beneficiarios (se cubren días adicionales para emergencias) Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Servicios integumentarios	Servicios para diagnosticar o tratar afecciones o enfermedades de la piel	- Cubiertos según sea necesario por razones médicas Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Servicios de laboratorio	Servicios que analizan sangre, orina, saliva u otros aspectos del cuerpo para detectar afecciones o enfermedades	- Cubiertos según sea necesario por razones médicas Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Servicios de cuidado médico de acogida	Servicios que ayudan a los niños con problemas de salud que viven en hogares de acogida	Deben estar bajo la custodia del Departamento de Niños y Familias Usted no paga nada	No se requiere autorización previa
Servicios de tratamiento asistido con medicamentos	Servicios utilizados para ayudar a las personas que luchan contra la adicción a las drogas	- Cubiertos según sea necesario por razones médicas Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa

Servicios de administración de medicamentos	Servicios para ayudar a las personas a comprender y hacer las mejores elecciones para tomar medicamentos	- Cubiertos según sea necesario por razones médicas Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Servicios del Programa de hospitalización parcial para la salud mental	Tratamiento proporcionado durante más de 3 horas por día, varios días a la semana, para personas que se están recuperando de una enfermedad mental	Según sea necesario por razones médicas y recomendado por nosotros Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Coordinación de casos enfocada a la salud mental	Servicios para ayudar a obtener cuidado de la salud médico y del comportamiento para personas con enfermedades mentales	Cubiertos según sea necesario por razones médicas Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Servicios móviles de evaluación de crisis e intervención	Un equipo de profesionales del cuidado de la salud que proporcionan servicios de salud mental en casos de emergencia, generalmente en los hogares de las personas	Según sea necesario por razones médicas y recomendado por nosotros Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Servicios de neurología	Servicios para diagnosticar o tratar afecciones o enfermedades cerebrales, de la médula espinal o del sistema nervioso	- Cubiertos según sea necesario por razones médicas Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Servicios de transporte que no es de emergencia	Transporte desde y hacia todas sus citas médicas. Esto podría ser en autobús, una camioneta que pueda transportar a personas discapacitadas, un taxi u otros tipos de vehículos	Cubrimos los siguientes servicios para los beneficiarios que no tienen transporte: - Traslados fuera del estado - Traslados entre hospitales o centros - Acompañantes cuando es necesario por razones médicas Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa

Servicios de un centro de enfermería	Cuidado médico o cuidado de enfermería que recibe mientras vive a tiempo completo en un centro de enfermería. Puede ser una estadía por rehabilitación a corto plazo o a largo plazo	<ul style="list-style-type: none"> - Cubrimos 365/366 días de servicios en centros de enfermería según sea necesario por razones médicas <p>Copago: Consulte la información sobre la responsabilidad del paciente para obtener información sobre el copago de habitación y comida</p>	Es posible que necesite autorización previa
Servicios de terapia ocupacional	La terapia ocupacional incluye tratamientos que le ayudan a hacer cosas de la vida diaria, como escribir, alimentarse y usar artículos de la casa	<p>Cubrimos para niños de 0 a 20 años y para adultos con el límite de \$1,500 para servicios ambulatorios, según sea necesario por razones médicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una evaluación inicial por año - Hasta 210 minutos de tratamiento por semana - Una evaluación inicial de silla de ruedas cada 5 años <p>Cubrimos para personas de todas las edades, según sea necesario por razones médicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluaciones de seguimiento de silla de ruedas, una al momento de la entrega y 6 meses después <p>Usted no paga nada</p>	<p>Evaluación inicial: No se requiere autorización previa.</p> <p>Tratamiento en curso: Se requiere autorización previa</p>
Servicios de cirugía oral	Servicios de extracciones dentales (remociones) y para tratar otras afecciones o enfermedades de la boca y la cavidad oral	<ul style="list-style-type: none"> - Cubiertos según sea necesario por razones médicas <p>Usted no paga nada</p>	Es posible que necesite autorización previa
Servicios ortopédicos	Servicios para diagnosticar o tratar afecciones o enfermedades de los huesos o las articulaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Cubiertos según sea necesario por razones médicas <p>Usted no paga nada</p>	Es posible que necesite autorización previa

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Cuidado médico que recibe mientras está en el hospital, pero sin quedarse durante la noche. Esto puede incluir pruebas, medicamentos, terapias y tratamientos, consultas con médicos y equipos utilizados para tratarlo	<ul style="list-style-type: none"> - Los servicios en casos de emergencia están cubiertos según sea necesario por razones médicas - Los servicios sin carácter de emergencia no pueden costar más de \$1,500 por año para beneficiarios de 21 años en adelante - Consulte la sección Beneficios ampliados a continuación de esta sección para obtener más detalles <p>Usted no paga nada</p>	Es posible que necesite autorización previa
Servicios para el control del dolor	Tratamientos para el dolor persistente que no mejora después de haber proporcionado otros servicios	<ul style="list-style-type: none"> - Cubiertos según sea necesario por razones médicas. Pueden aplicarse algunos límites de servicio <p>Usted no paga nada</p>	Es posible que necesite autorización previa
Servicios de hospitalización parcial	Servicios para personas que se van de un hospital para recibir tratamiento de salud mental	Según sea necesario por razones médicas y recomendado por nosotros Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Servicios de terapia física	La terapia física incluye ejercicios, estiramiento y otros tratamientos para ayudar al cuerpo a fortalecerse y sentirse mejor después de una lesión, enfermedad o debido a una afección médica	<p>Cubrimos para niños de 0 a 20 años y para adultos con el límite de \$1,500 para servicios ambulatorios, según sea necesario por razones médicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una evaluación inicial por año - Hasta 210 minutos de tratamiento por semana - Una evaluación inicial de silla de ruedas cada 5 años <p>Cubrimos para personas de todas las edades, según sea necesario por razones médicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluaciones de seguimiento de silla de ruedas, una al momento de la entrega y 6 meses después <p>Usted no paga nada</p>	<p>Evaluación inicial: No se requiere autorización previa.</p> <p>Tratamiento en curso: Se requiere autorización previa</p>

Servicios de podología	Cuidado médico y otros tratamientos para los pies	Cubrimos, según sea necesario por razones médicas: - Hasta 24 consultas médicas por año - Cuidado de pies y uñas - Radiografías y otras imágenes de pie, tobillo y pierna inferior - Cirugía de pie, tobillo o pierna inferior Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Servicios de medicamentos recetados	Este servicio es para medicamentos que le recetó un médico u otro proveedor de cuidado de la salud	Cubrimos, según sea necesario por razones médicas: - Suministro de medicamentos de hasta 34 días, por receta - Repeticiones, según se indique Usted no paga nada	No se requiere autorización previa
Servicios privados de enfermería	Servicios de enfermería en el hogar para personas de 0 a 20 años que necesitan cuidado constante	Cubrimos, según sea necesario por razones médicas: - Hasta 24 horas por día Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Servicios de evaluaciones psicológicas	Evaluaciones realizadas para detectar o diagnosticar problemas con la memoria, el CI u otras áreas	Cubrimos, según sea necesario por razones médicas: - 10 horas de evaluaciones psicológicas por año - Consulte la sección Beneficios ampliados a continuación de esta sección para obtener más detalles Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa

Servicios de rehabilitación psicosocial	Servicios para ayudar a las personas a reincorporarse a la vida diaria. Incluyen ayuda con actividades básicas como cocinar, administrar dinero y realizar tareas domésticas	Cubrimos, según sea necesario por razones médicas: - Hasta 480 horas por año - Consulte la sección Beneficios ampliados a continuación de esta sección para obtener más detalles Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Servicios de radiología y medicina nuclear	Servicios que incluyen imágenes como radiografías, resonancias magnéticas o tomografías computarizadas. También incluyen radiografías portátiles	- Cubiertos según sea necesario por razones médicas Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Servicios en centros regionales de cuidados intensivos perinatales	Servicios prestados a mujeres embarazadas y recién nacidos en hospitales que tienen centros de cuidado especial para tratar afecciones graves	Cubiertos según sea necesario por razones médicas Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Servicios de salud reproductiva	Servicios para mujeres embarazadas o que desean quedar embarazadas. También incluyen servicios de planificación familiar que proporcionan medicamentos anticonceptivos y suministros para ayudarle a planificar el tamaño de su familia	Cubrimos servicios de planificación familiar necesarios por razones médicas. Puede obtener estos servicios y suministros a través de cualquier proveedor de Medicaid; no es necesario que los proveedores formen parte de nuestro Plan. No es necesaria una autorización previa para estos servicios. Estos servicios son gratuitos. Estos servicios son voluntarios y confidenciales, incluso si tiene menos de 18 años. Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa

Servicios respiratorios	Servicios para tratar afecciones o enfermedades de los pulmones o del sistema respiratorio	Cubrimos según sea necesario por razones médicas: <ul style="list-style-type: none"> - Pruebas respiratorias - Procedimientos quirúrgicos respiratorios - Control de dispositivos respiratorios <p>Usted no paga nada</p>	Es posible que necesite autorización previa
Servicios de terapia respiratoria	Servicios para beneficiarios de 0 a 20 años para ayudarles a respirar mejor mientras reciben tratamiento para una afección o enfermedad respiratoria	Cubrimos según sea necesario por razones médicas: <ul style="list-style-type: none"> - Una evaluación inicial por año - Una reevaluación del tratamiento cada 6 meses - Hasta 210 minutos de tratamientos terapéuticos por semana (máximo de 60 minutos por día) - Consulte la sección Beneficios ampliados a continuación de esta sección para obtener más detalles <p>Usted no paga nada</p>	Evaluación inicial: No se requiere autorización previa. Tratamiento en curso: Se requiere autorización previa
Servicios de autoayuda/de acompañante	Servicios para ayudar a las personas que se están recuperando de una adicción o enfermedad mental	Según sea necesario por razones médicas y recomendado por nosotros <p>Usted no paga nada</p>	Es posible que necesite autorización previa
Servicios terapéuticos especializados	Servicios prestados a niños de 0 a 20 años con enfermedades mentales o trastornos por uso de sustancias	Cubrimos lo siguiente según sea necesario por razones médicas: <ul style="list-style-type: none"> - Evaluaciones - Servicios de acogida - Servicios grupales en el hogar <p>Usted no paga nada</p>	Es posible que necesite autorización previa

Servicios de patología del habla y del lenguaje	Servicios que incluyen pruebas y tratamientos y le ayudan a hablar o tragar mejor	<p>Cubrimos los siguientes servicios necesarios por razones médicas para niños de 0 a -20 años:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dispositivos y servicios de comunicación - Hasta 210 minutos de tratamiento por semana - Una evaluación inicial por año <p>Cubrimos los siguientes servicios necesarios por razones médicas para adultos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una evaluación de comunicación cada 5 años <p>Usted no paga nada</p>	<p>Evaluación inicial: No se requiere autorización previa.</p> <p>Tratamiento en curso: Se requiere autorización previa</p>
Servicios del Programa estatal para pacientes psiquiátricos internados	Servicios para niños con enfermedades mentales graves que necesitan tratamiento en el hospital	<ul style="list-style-type: none"> - Cubiertos según sea necesario por razones médicas para niños de 0 a 20 años <p>Usted no paga nada</p>	Es posible que necesite autorización previa
Servicios del Programa intensivo de farmacodependencia para pacientes ambulatorios	Tratamiento proporcionado durante más de 3 horas por día, varios días a la semana, para personas que se están recuperando de trastornos por el uso de sustancias	<p>Según sea necesario por razones médicas y recomendado por nosotros</p> <p>Usted no paga nada</p>	Es posible que necesite autorización previa
Servicios de tratamiento residencial a corto plazo de la farmacodependencia	Tratamiento para personas que se están recuperando de trastornos por el uso de sustancias	<p>Según sea necesario por razones médicas y recomendado por nosotros</p> <p>Usted no paga nada</p>	Es posible que necesite autorización previa

Servicios terapéuticos en el lugar para la salud del comportamiento	Servicios proporcionados por un equipo para evitar que niños de 0 a 20 años de edad con enfermedades mentales o problemas de salud del comportamiento sean internados en un hospital u otro centro	Cubrimos servicios necesarios por razones médicas: - Hasta 9 horas por mes - Consulte la sección Beneficios ampliados a continuación de esta sección para obtener más detalles. Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Servicios de trasplante	Servicios que incluyen toda la cirugía y el cuidado preoperatorio y postoperatorio	Cubiertos según sea necesario por razones médicas Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Servicios de ayuda visual	Los dispositivos de ayuda visual son artículos como anteojos, lentes de contacto y prótesis oculares (ojos falsos)	Cubrimos los siguientes servicios necesarios por razones médicas cuando sean indicados por su médico: - Dos pares de anteojos para niños de 0 a 20 años - Una montura cada dos años y dos lentes cada 365 días para adultos de 21 años en adelante - Lentes de contacto - Prótesis oculares Consulte la sección Beneficios ampliados a continuación de esta sección para obtener más detalles Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Servicios de cuidado visual	Servicios para evaluar y tratar afecciones y enfermedades de los ojos	- Cubiertos según sea necesario por razones médicas Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa

Beneficios de su Plan: Beneficios ampliados

Los beneficios ampliados son bienes o servicios adicionales que le ofrecemos, sin cargo. Llame a Servicios para afiliados al 800-477-6931 (TTY: 711) para preguntar cómo recibir los beneficios ampliados.

Servicios	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
Servicios de acupuntura	Tratamiento del dolor	Los afiliados adultos de 21 años en adelante tienen cobertura para servicios de acupuntura ilimitados. Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Servicios para la salud del comportamiento	Servicios de salud mental	Según sea necesario por razones médicas, los afiliados de 21 años en adelante tienen cobertura para servicios de salud mental que incluyen: <ul style="list-style-type: none"> - Consultas a domicilio de un trabajador social clínico - Servicios de evaluación y detección - Tratamiento ambulatorio intensivo - Servicios diurnos/tratamiento diurno - Servicios médicos que incluyen: <ul style="list-style-type: none"> - Interacción verbal - Control de medicamentos - Pruebas de detección de drogas - Terapia computarizada del comportamiento cognitivo - Servicios integrales basados en la comunidad (hasta 10 horas por semana hasta 4 meses) - Tratamiento asistido con medicamentos - Rehabilitación psicosocial - Tratamiento o desintoxicación por farmacodependencia - Terapia individual o familiar - Terapia grupal - Servicios terapéuticos en el lugar para la salud del comportamiento - Coordinación de casos enfocada Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa

Servicios de telefonía celular	Servicios de telefonía celular para ayudarle a mantenerse conectado	<p>Este beneficio es para un teléfono celular/teléfono inteligente por hogar. Los afiliados menores de 18 años necesitarán al padre/ madre o tutor para inscribirse. Este beneficio cubre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 teléfono celular/teléfono inteligente - 1 cargador - Un set de instrucciones - 350 minutos de voz por mes - 4.5GB de datos por mes - Mensajes de texto ilimitados por mes - Capacitación para usted y su cuidador en la primera visita de orientación con su administrador de casos - Las llamadas a Atención al cliente de Humana por asistencia del plan de salud y al 911 por emergencias son gratis aun si se le terminan los minutos - Debe realizar al menos 1 llamada telefónica o enviar 1 mensaje de texto por mes para conservar el beneficio <p>Se pueden proporcionar beneficios adicionales de telefonía celular a los afiliados que se encuentran bajo administración de casos o manejo de enfermedades</p> <p>Usted no paga nada</p>	Se puede requerir la aprobación del plan; debe ser a través de la compañía de telefonía celular asociada de Humana. Llame a Servicios para afiliados para ver si es elegible
Servicios quiroprácticos	Se utilizan para ayudar a detener el dolor	<p>Los afiliados adultos de 21 años en adelante tienen cobertura para servicios quiroprácticos ilimitados.</p> <p>Usted no paga nada</p>	Es posible que necesite autorización previa
Viaje en el día: reembolso/ subsidio de comidas	Obtenga el reembolso del dinero gastado en comidas durante viajes médicos	<p>Los afiliados adultos de 21 años en adelante, hasta \$1000 al año (\$200 de límite diario) para viajes médicos en el mismo día a más de 100 millas de su hogar</p> <p>Se le reembolsará</p>	No se requiere autorización previa; llame a Servicios para afiliados para ver si es elegible

Preparación para desastres/ ayuda con comidas	Ayuda con comidas antes de un desastre	1 caja de 10 comidas no perecederas antes de un huracán o de otro desastre dos veces al año. Usted no paga nada	No se requiere autorización previa; llame a Servicios para afiliados para obtener más información
Servicios de asistente al parto	Obtenga ayuda durante el embarazo	Servicios de asistente en el parto cuando está embarazada: <ul style="list-style-type: none"> - 4 consultas prenatales - 1 asistencia de asesoramiento para el parto durante el parto vaginal - 4 consultas posparto Usted no paga nada	No se requiere autorización previa; llame a Servicios para afiliados para obtener más información
Equipo médico duradero y suministros médicos	Suministros médicos y equipo médico	Los afiliados adultos de 21 años en adelante tienen cobertura para lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> - Máquinas de CPAP y oxígeno - Cápsulas de glucosa - Suministros para el control de la glucosa - Los afiliados que están bajo coordinación del cuidado por insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) pueden recibir una báscula cada 3 años - Los afiliados que están bajo coordinación del cuidado por hipertensión o preeclampsia pueden recibir 1 manguito de presión arterial digital cada 3 años Usted no paga nada	Puede necesitar autorización previa; llame a Servicios para afiliados para ver si es elegible

Servicios para la audición	Servicios para ayudarle a oír	<p>Tiene cobertura de pruebas auditivas diagnósticas y de detección necesarias por razones médicas.</p> <p>Para los afiliados adultos de 21 años en adelante, el plan cubre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 medición de audífonos, ajuste, control y evaluación cada 2 años - 1 audífono monoaural por oído cada año - 1 audífono, todos los demás tipos, por oído cada 2 años <p>Llame a Hear USA al 877-664-9353 para encontrar un proveedor de servicios para la audición cercano</p> <p>Usted no paga nada</p>	No se requiere autorización previa
Comidas entregadas a domicilio	Servicio para entregar comidas saludables en el hogar	<p>Para los afiliados adultos de 21 años en adelante, 10 comidas con entrega a domicilio una vez al año</p> <p>Usted no paga nada</p>	Llame a Servicios para afiliados para ver si es elegible
Asistencia para la vivienda	Asistencia con artículos relacionados con la vivienda	<p>Los afiliados adultos de 21 años en adelante pueden recibir hasta \$500 como máximo de por vida</p> <p>Usted no paga nada</p>	Llame a Servicios para afiliados para ver si es elegible
Tutela legal	Asistencia para obtener la tutela legal	<p>Hasta \$500 de por vida para los afiliados de 17 años o mayores que se encuentren en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) o en un entorno de enfermería privada (PDN, por sus siglas en inglés), y sus padres estén obteniendo la tutela para protegerles por no ser capaces de cuidar de su propio bienestar</p>	Se requiere la aprobación del coordinador de cuidado de la salud
Servicios de terapia de masajes	Terapia de masajes para mejorar la salud y el bienestar.	<p>Los afiliados adultos de 21 años en adelante pueden recibir servicios de masajes según sea necesario para el manejo del dolor</p> <p>Usted no paga nada</p>	Se requiere referido, pero no es necesario que sea de un PCP

Circuncisión del recién nacido	Circuncisión del recién nacido	Su bebé varón está cubierto Usted no paga nada.	No se requiere autorización previa
Asesoramiento en nutrición	Bienestar nutricional	Para los afiliados adultos de 21 años en adelante, asesoramiento nutricional necesario con proveedores Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa o referido del proveedor de cuidado primario
Servicios de terapia ocupacional, física, respiratoria y del habla	Tratamientos terapéuticos que le ayudan a hacer cosas en la vida diaria	Los afiliados adultos de 21 años en adelante tienen cobertura para: <ul style="list-style-type: none"> - 1 evaluación/reevaluación por año y - Hasta 7 unidades de terapia por semana, para servicios ocupacionales, físicos y del habla - Hasta 1 unidad por día para servicios de terapia respiratoria Usted no paga nada	Evaluación inicial: No se requiere autorización previa. Tratamiento en curso: Se requiere autorización previa
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Servicios para pacientes ambulatorios	Para los afiliados adultos de 21 años en adelante, sin límite de dólares en servicios Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Subsidio para medicamentos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés)	Subsidio para comprar productos de venta sin receta	Los afiliados obtienen \$25 por hogar, mensualmente Usted no paga nada	Llame a Servicios para afiliados para obtener más información
Entrega de comidas a domicilio después del alta	Comidas entregadas en su hogar.	Puede recibir 10 comidas en su hogar después del alta hospitalaria Usted no paga nada	Se requiere autorización
Go365 Wellness for Pediatrics	Programa de bienestar a través de Go365 para afiliados pediátricos	Los afiliados de 0 a 18 años pueden acceder al programa de bienestar pediátrico a través de Go365 for Humana Healthy Horizons. Usted no paga nada	No se requiere autorización previa

Tutoría	Servicios de tutoría para afiliados desde el jardín de infantes hasta el último año de escuela secundaria	Acceso a servicios de tutoría en línea hasta 2 horas por semana Usted no paga nada	Puede requerir la aprobación del plan
Conocimientos financieros	Conocimientos financieros	Afiliados adultos de 21 años en adelante: <ul style="list-style-type: none"> - Hasta 6 sesiones de asesoramiento personal para administración/elaboración de presupuestos. - Acceso a proveedores financieros para asesoramiento financiero personal, educación sobre inversiones, asesoramiento sobre crédito, consulta sobre impuestos y un descuento del 25% en la preparación de los impuestos. Usted no paga nada	No se requiere autorización previa
Servicios Prenatales/ Perinatales	Cuidado antes y después del embarazo	Para los afiliados entre 10 y 59 años, el plan cubre: <ul style="list-style-type: none"> - 1 bomba de extracción de leche de uso hospitalario por año, solo para alquiler - 1 bomba de extracción de leche regular por 2 años, solo para alquiler - Consultas prenatales, 14 consultas para embarazos de bajo riesgo, 18 consultas para embarazos de alto riesgo - Cuidado de postparto, 3 consultas dentro de los 90 días posteriores al parto Usted no paga nada	Es posible que se requiera una autorización previa

Kit de prevención - Influenza/ pandemia	Un kit de prevención para la influenza/ pandemia que incluye: <ul style="list-style-type: none"> - 10 mascarillas de 3 capas - Desinfectante de manos - Termómetro digital oral 	Disponible para los primeros 1,000 afiliados de Humana Healthy Horizons in Florida (mayores de 18 años) que reciban una vacuna contra la influenza	Puede requerir la aprobación del coordinador de cuidado de la salud
Servicios de cuidado primario	Consultas con el proveedor de cuidado primario	Afiliados adultos de 21 años en adelante, consultas ilimitadas al proveedor de cuidado primario Usted no paga nada	No se requiere autorización previa
Clases de natación	Clase de prevención de ahogamiento	Los afiliados de hasta 21 años tienen cobertura de clases de natación de hasta \$200 por año. Esto se limita a 1000 afiliados por año. Su costo le será reembolsado	Llame a Servicios para afiliados para ver si es elegible
Vacunas	Salud y bienestar	Los afiliados adultos de 21 años en adelante pueden recibir una vacuna contra la neumonía, Tdap (una vez por embarazo), la influenza y el herpes zóster. Hable con su proveedor para obtener más información. Usted no paga nada	No se requiere autorización previa
Servicios para la vista	Servicios de cuidado de la vista	Para los afiliados adultos de 21 años en adelante, el plan cubre: <ul style="list-style-type: none"> - 1 examen de la vista por año y uno de los siguientes: - 1 juego de monturas por año; el afiliado paga cualquier costo superior a \$75 por monturas de lujo - Un suministro de lentes de contacto para 6 meses con receta médica Usted no paga nada a menos que seleccione monturas de lujo que cuesten más de \$75	No se requiere autorización previa

Sección 13: Información útil sobre el programa de Cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés)

(Lea esta sección si está en el programa LTC. Si no está en el programa LTC, pase a la Sección 15)

Inicio de los servicios

Es importante que sepamos sobre usted para que podamos asegurarnos de que reciba el cuidado que necesita. Su administrador de casos establecerá un horario para ir a su hogar o centro de enfermería y reunirse con usted. La visita puede demorar hasta tres (3) horas.

En esta primera visita, su administrador de casos le informará sobre el programa LTC y nuestro Plan. También le hará preguntas sobre:

- Su salud;
- Cómo se cuida;
- Cómo pasa su tiempo;
- Quién le ayuda con su cuidado; y
- Otras cosas.

Estas preguntas constituyen su **evaluación inicial**. La evaluación inicial nos ayuda a saber qué necesita para vivir de manera segura en su hogar. También nos ayuda a decidir qué servicios le serán más útiles.

Desarrollo de un plan de cuidado

Antes de poder comenzar a recibir los servicios del programa LTC, debe tener un **plan de cuidado centrado en la persona (plan de cuidado)**. Su administrador de casos elabora su plan de cuidado con usted. Su plan de cuidado es el documento que le brinda toda la información sobre los servicios que recibe de nuestro programa LTC. Su administrador de casos hablará con usted y con cualquier familiar o cuidador que desee incluir para decidir qué servicios de LTC serán de ayuda. Utilizará la evaluación inicial y otra información para elaborar un plan que sea adecuado para usted. Su plan de cuidado le informará:

- Qué servicios recibe.
- Quién le proporciona el servicio (sus proveedores de servicios).
- Con qué frecuencia recibe un servicio.
- Cuándo se inicia un servicio y cuándo finaliza (si tiene una fecha de finalización).
- Lo que sus servicios intentan ayudarle a hacer. Por ejemplo, si necesita ayuda para realizar quehaceres domésticos livianos, su plan de cuidado le informará que un proveedor de cuidado de acompañante para adultos irá 2 veces a la semana para ayudarle con los quehaceres domésticos livianos.
- Cómo funcionan sus servicios de LTC con otros servicios que recibe fuera de nuestro Plan, como Medicare, su iglesia u otros programas federales.
- Sus **objetivos personales**.

No solo queremos asegurarnos de que viva de manera segura. También queremos asegurarnos de que esté feliz y se sienta conectado con su comunidad y otras personas. Cuando su administrador de casos elabore su plan de cuidado, le preguntará sobre los **objetivos personales** que pueda tener. Estos pueden ser cualquier cosa, de verdad, pero queremos asegurarnos de que sus servicios de LTC le ayuden a lograr sus objetivos. Algunos ejemplos de objetivos personales incluyen:

- Caminar 10 minutos todos los días.
- Llamar a un ser querido una vez por semana.
- Ir al centro para adultos mayores una vez por semana.
- Trasladarse de un centro de enfermería a un centro de residencia asistida.

Usted o su **representante autorizado** (alguien en quien confía y que está autorizado a hablar con nosotros sobre su cuidado) deben firmar su plan de cuidado. Así es como demuestra que está de acuerdo con los **servicios de su plan de cuidado médico**.

Su administrador de casos le enviará a su proveedor de cuidado primario una copia de su plan de cuidado. También lo compartirá con sus otros proveedores de cuidado de la salud.

Actualización de su plan de cuidado

Cada mes, su administrador de casos lo llamará para ver cómo van los servicios y cómo está usted. Si se realiza algún cambio, actualizará su plan de cuidado y le proporcionará una nueva copia.

Su administrador de casos vendrá a verlo en persona para revisar su plan de cuidado cada 90 días (o aproximadamente 3 meses). Este es un buen momento para hablar sobre sus servicios, qué funciona y qué no funciona para usted, y cómo van sus objetivos. Actualizará su plan de cuidado con cualquier cambio. Cada vez que su plan de cuidado cambie, usted o su representante autorizado deben firmarlo.

Recuerde que puede llamar a su administrador de casos en cualquier momento para hablar sobre los problemas que tenga, los cambios en su vida u otras cosas. Su administrador de casos o representante del plan de salud está disponible cuando usted lo necesita.

Su plan de respaldo

Su administrador de casos le ayudará a crear un **plan de respaldo**. Un plan de respaldo le indica qué hacer si un proveedor de servicios no se presenta para proporcionar un servicio. Por ejemplo, su asistente de cuidado de la salud en el hogar no vino a darle un baño.

Recuerde, si tiene algún problema para obtener sus servicios, llame a su administrador de casos.

⁷ Puede encontrar una copia de la Política de cobertura de Cuidado a largo plazo del Programa estatal de cuidado administrado de Medicaid en http://ahca.myflorida.com/medicaid/review/Specific/59G-4.192_LTC_Program_Policy.pdf

Sección 14: Beneficios de su Plan: Servicios de Cuidado a largo plazo

La tabla a continuación enumera los servicios de Cuidado a largo plazo cubiertos por nuestro Plan. Recuerde, los servicios deben ser necesarios por razones médicas para que nosotros los paguemos⁷.

Si se producen cambios en los servicios cubiertos u otros cambios que le afectarán, le notificaremos por escrito al menos 30 días antes de la fecha de vigencia del cambio.

Si tiene alguna pregunta sobre cualquiera de los servicios de cuidado a largo plazo cubiertos, llame a su administrador de casos o a Servicios para afiliados.

Servicios	Descripción	Autorización previa
Cuidado de acompañante para adultos	Este servicio le ayuda a preparar las comidas, lavar la ropa y realizar quehaceres domésticos livianos. Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Cuidado de la salud diurno para adultos	Supervisión, programas sociales y actividades que se ofrecen en un centro de asistencia ambulatoria para adultos durante el día. Si se encuentra en el centro en los horarios de las comidas, puede comer allí. Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Servicios de cuidados asistenciales	Estos son servicios proporcionados las 24 horas si vive en un hogar de cuidado familiar para adultos. Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Residencia asistida	Estos son servicios que suelen proporcionarse en un centro de residencia asistida. Los servicios pueden incluir tareas domésticas, ayuda para bañarse, vestirse y comer, ayuda con los medicamentos y programas sociales. Copago: Consulte la Sección 18 para obtener información sobre la Responsabilidad del paciente	Es posible que necesite autorización previa

⁷ Puede encontrar una copia de la Política de cobertura de Cuidado a largo plazo del Programa estatal de cuidado administrado de Medicaid en http://ahca.myflorida.com/medicaid/review/Specific/59G-4.192_LTC_Program_Policy.pdf

Cuidado de enfermería a cargo de un asistente	Servicios de enfermería y asistencia médica proporcionados en su hogar para ayudarlo a controlar o recuperarse de una afección médica, enfermedad o lesión. Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Manejo del comportamiento	Servicios para la salud mental o necesidades por farmacodependencia Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Capacitación de cuidadores	Capacitación y asesoramiento para las personas que ayudan a cuidarlo Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Coordinación del cuidado médico/ coordinación de casos	Servicios que le ayudan a obtener los servicios y el apoyo que necesita para vivir de manera segura e independiente. Esto incluye tener un administrador de casos y elaborar un plan de cuidado que contenga todos los servicios que necesita y recibe. Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Servicios de adaptación y accesibilidad en el hogar	Este servicio hace cambios en su hogar para ayudarlo a vivir y moverse en su hogar de manera segura y más fácil. Puede incluir cambios como instalar barras de apoyo en el baño o un asiento especial para el inodoro. No incluye cambios importantes como alfombras nuevas, reparaciones de techos, sistemas de plomería, etc. Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Comidas entregadas a domicilio	Este servicio entrega comidas saludables en el hogar. Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Servicios de personal doméstico	Este servicio le ayuda con las actividades domésticas generales, como la preparación de comidas y las tareas domésticas de rutina. Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa

Hospicio	<p>Servicios de cuidado médico, tratamiento y apoyo emocional para personas con enfermedades terminales o que están en la etapa final de sus vidas para ayudarlas a estar cómodas y sin dolor. También hay servicios de apoyo disponibles para familiares o cuidadores.</p> <p>Copago: Consulte la Sección 18 para obtener información sobre la responsabilidad del paciente</p>	Es posible que necesite autorización previa
Enfermería especializada e intermitente	<p>Ayuda de enfermería adicional si no necesita supervisión de enfermería todo el tiempo o si la necesita en forma regular</p> <p>Usted no paga nada</p>	Es posible que necesite autorización previa
Equipo y suministros médicos	<p>El equipo médico se utiliza para ayudar a controlar y tratar una afección, enfermedad o lesión. El equipo médico se utiliza una y otra vez, e incluye cosas como sillas de ruedas, aparatos ortopédicos, andadores y otros artículos.</p> <p>Los suministros médicos se utilizan para tratar y controlar afecciones, enfermedades o lesiones. Los suministros médicos incluyen cosas que se usan y luego se desechan, como vendas, guantes y otros artículos.</p> <p>Usted no paga nada</p>	Es posible que necesite autorización previa
Administración de medicamentos	<p>Ayuda a tomar medicamentos si no puede tomarlos por su cuenta</p> <p>Usted no paga nada</p>	Es posible que necesite autorización previa
Control de medicamentos	<p>Es una revisión de todos los medicamentos recetados y de venta sin receta que utiliza</p> <p>Usted no paga nada</p>	Es posible que necesite autorización previa

Servicios de evaluación de nutrición/reducción de riesgos	Educación y apoyo para usted y su familia o cuidador sobre su dieta y los alimentos que necesita comer para mantenerse sano Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Servicios de un centro de enfermería	Los servicios en un centro de enfermería incluyen supervisión médica, cuidado de enfermería las 24 horas, ayuda con las actividades cotidianas, terapia física, terapia ocupacional y patología del habla y del lenguaje Copago: Consulte la Sección 18 para obtener información sobre la responsabilidad del paciente	Es posible que necesite autorización previa
Cuidado personal	Estos son servicios en el hogar que le ayudarán a: <ul style="list-style-type: none">• Bañarse• Vestirse• Comer• Practicar su higiene personal Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Sistema personalizado de respuesta ante emergencias (PERS, por sus siglas en inglés)	Un dispositivo electrónico que puede usar o mantener cerca de usted que le permite llamar para solicitar ayuda de emergencia en cualquier momento Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Cuidado de relevo	Este servicio permite a sus cuidadores tomarse un descanso. Puede utilizar este servicio en su hogar, en un centro de residencia asistida o en un centro de enfermería. Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa

Terapia ocupacional	<p>La terapia ocupacional incluye tratamientos que le ayudan a hacer cosas de la vida diaria, como escribir, alimentarse y usar artículos de la casa.</p> <p>Usted no paga nada</p>	<p>Evaluación inicial: No se requiere autorización previa.</p> <p>Tratamiento en curso: Se requiere autorización previa</p>
Terapia física	<p>La terapia física incluye ejercicios, estiramiento y otros tratamientos para ayudar al cuerpo a fortalecerse y sentirse mejor después de una lesión, enfermedad o debido a una afección médica.</p> <p>Usted no paga nada</p>	<p>Evaluación inicial: No se requiere autorización previa.</p> <p>Tratamiento en curso: Se requiere autorización previa</p>
Terapia respiratoria	<p>La terapia respiratoria incluye tratamientos que le ayudan a respirar mejor.</p> <p>Usted no paga nada</p>	<p>Evaluación inicial: No se requiere autorización previa.</p> <p>Tratamiento en curso: Se requiere autorización previa</p>
Terapia del habla	<p>La terapia del habla incluye pruebas y tratamientos que le ayudan a hablar o tragar.</p> <p>Usted no paga nada</p>	<p>Evaluación inicial: No se requiere autorización previa.</p> <p>Tratamiento en curso: Se requiere autorización previa</p>
Transporte	<p>Transporte desde y hacia todos sus servicios del programa LTC. Esto podría ser en autobús, una camioneta que pueda transportar a personas discapacitadas, un taxi u otros tipos de vehículos.</p> <p>Usted no paga nada</p>	<p>Es posible que necesite autorización previa</p>

Opción de dirección por el participante de cuidado a largo plazo (PDO)

Se le puede ofrecer la opción de dirección por el participante (PDO, por sus siglas inglés). Puede utilizar la PDO si utiliza alguno de estos servicios y vive en su hogar:

- Servicios de cuidado de un asistente.
- Servicios de personal doméstico.
- Servicios de cuidado personal.
- Servicios de cuidado de acompañante para adultos.
- Servicios de enfermería especializada e intermitente.

La PDO le permite **autodirigir** sus servicios. Esto significa que usted puede elegir su proveedor de servicios y cómo y cuándo recibir su servicio. Debe contratar, capacitar y supervisar a las personas que trabajan para usted (sus trabajadores de servicio directo).

Puede contratar a familiares, vecinos o amigos. Trabjará con un administrador de casos que podrá ayudarle con la PDO.

Si está interesado en la PDO, pídale más información a su administrador de casos. También puede solicitar una copia de las pautas de la PDO para leer y decidir si esta opción es la adecuada para usted.

Beneficios de su Plan: Beneficios ampliados de Cuidado a largo plazo

Los beneficios ampliados son servicios adicionales que le ofrecemos sin costo alguno. Hable con su administrador de casos sobre cómo obtener los beneficios ampliados.

Servicios	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
Reserva de cama en centro de residencia asistida	Reserva de cama durante un máximo de 30 días	<p>Para los afiliados de 18 años en adelante, su cama se reservará hasta 30 días cada vez que deje un centro de residencia asistida (ALF, por sus siglas en inglés) o un hogar de cuidado familiar para adultos (AFCH, por sus siglas en inglés)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Debe tener planes de regresar al ALF/AFCH - Debe pagar su alojamiento y alimentación y la parte de los pagos que le corresponde durante su ausencia - Debe vivir en el ALF/AFCH durante al menos 30 días entre una ausencia y otra - El ALF/AFCH debe informarle a Humana que usted se ha ausentado dentro de un plazo de 24 horas <p>Usted no paga nada</p>	Se requiere autorización previa
Centro de residencia asistida - Cesta para mudanza	Una cesta por un valor de hasta \$50 en artículos, una vez de por vida.	<p>Afiliados de 21 años en adelante que actualmente viven en un centro de residencia asistida (ALF, por sus siglas en inglés) o aquellos que se trasladan o mudan a un ALF.</p> <p>Los afiliados pueden elegir entre dos cestas:</p> <p>Cesta 1: Un vaso isotérmico, una bandeja para medicamentos, de la marca Rainbow Tray, y una manta de felpa de marca Sherpa para el hogar dentro de un bolso informal transparente</p> <p>Cesta 2: Un portabotellas, un mosquetón verde, una botella con aislamiento al vacío de cobre, una taza térmica de cobre marca Arctic Zone, y un juego de dominó dentro de un bolso negro</p>	Para recoger su cesta, hable con su coordinador de cuidado de la salud

<p>Equipo médico duradero y suministros médicos</p>	<p>Suministros médicos y equipo médico</p>	<p>La cobertura incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los afiliados de 21 años en adelante que están bajo coordinación del cuidado por insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) pueden recibir una báscula cada tres años - Los afiliados de 21 años en adelante que estén bajo coordinación del cuidado de la hipertensión o preeclampsia pueden recibir 1 manguito de presión arterial digital cada 3 años <p>Usted no paga nada</p>	<p>Puede necesitar autorización previa; llame a Servicios para afiliados para ver si es elegible</p>
<p>Servicios de telefonía celular</p>	<p>Servicios de telefonía celular para ayudarlo a mantenerse conectado</p>	<p>Este beneficio es para un teléfono celular/teléfono inteligente por hogar. Los afiliados menores de 18 años necesitarán al padre/madre o tutor para inscribirse. Este beneficio cubre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 teléfono celular/teléfono inteligente - 1 cargador - Un set de instrucciones - 350 minutos de voz por mes - 4.5GB de datos por mes - Mensajes de texto ilimitados por mes - Capacitación para usted y su cuidador en la primera visita de orientación con su administrador de casos - Las llamadas a Servicios para afiliados de Humana por asistencia del plan de salud y las llamadas al 911 por emergencias son gratis, aunque se le hayan agotado los minutos - Debe realizar al menos una llamada telefónica o enviar un mensaje de texto por mes para conservar el beneficio <p>Se pueden proporcionar beneficios adicionales de telefonía celular a los afiliados que se encuentran bajo administración de casos o manejo de enfermedades.</p> <p>Usted no paga nada</p>	<p>Se puede requerir la aprobación del plan; debe ser a través de la compañía de telefonía celular asociada de Humana. Llame a Servicios para afiliados para ver si es elegible</p>

Viaje en el día: reembolso/ subsidio de comidas	Obtenga el reembolso del dinero gastado en comidas durante viajes médicos	Para los afiliados de 21 años en adelante, hasta \$1000 al año por viajes médicos en el mismo día a más de 100 millas de su hogar Se le reembolsará	Se requiere autorización previa; llame a Servicios para afiliados para ver si es elegible
Beneficio de vida saludable	Ayudas para un estilo de vida saludable	Los afiliados de 21 años en adelante pueden elegir 2 ayudas para un estilo de vida saludable, una vez en la vida, para ayudar a mantener la independencia en sus hogares: báscula digital, manguito de presión arterial en casa, medidor de flujo máximo, alcanzadores/agarradores, almohada lumbar, ventilador personal, lámpara de clip, bolsa para andador*, 2 mascarillas*	Puede requerirse la aprobación del coordinador de cuidado de la salud
Servicios para la audición	Servicios para la audición	Tiene cobertura de pruebas de detección auditivas y pruebas diagnósticas necesarias por razones médicas Para los afiliados de 21 años en adelante, el plan cubre: <ul style="list-style-type: none"> - 1 medición de audífonos, ajuste, control y evaluación cada 2 años - 1 audífono monoaural por oído anualmente - 1 audífono, todos los demás tipos, por oído cada 2 años Llame a Hear USA al 877-664-9353 para encontrar un proveedor de servicios para la audición cercano Usted no paga nada	No se requiere autorización previa
Sesiones de terapia individual para cuidadores	Sesiones de terapia individual para cuidadores	Para los afiliados de 18 años en adelante, consultas de asesoramiento ilimitadas para las personas que ayudan a cuidarlo Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa

Tutela legal	Asistencia para obtener la tutela legal	Hasta \$500 de por vida para los afiliados de 17 años o mayores que se encuentren en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) o en un entorno de enfermería privada (PDN, por sus siglas en inglés), y sus padres estén obteniendo la tutela para protegerles por no ser capaces de cuidar de su propio bienestar	Se requiere la aprobación del coordinador de cuidado de la salud
Transporte que no es de emergencia	Transporte que no es de emergencia	Para los afiliados de 21 años en adelante, este beneficio cubre 3 viajes de ida y vuelta por mes. Los viajes deben ser dentro de su área local. Este beneficio es para afiliados que viven en un hogar o un entorno comunitario Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Para los afiliados de 21 años en adelante, sin límite monetario en servicios ambulatorios. Usted no paga nada	Es posible que se requiera autorización previa o un referido
Subsidio para medicamentos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés)	Subsidio para medicamentos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés)	Los afiliados obtienen \$25 por hogar, mensualmente Usted no paga nada	No se requiere autorización previa
Kit de prevención - Influenza/ pandemia	Un kit de prevención para la influenza/ pandemia que incluye: - 10 mascarillas de 3 capas - Desinfectante de manos - Termómetro digital oral	Disponibles para los primeros 1,000 afiliados de Humana mayores de 18 años que reciban una vacuna contra la influenza	Puede requerir la aprobación del coordinador de cuidado de la salud

Asistencia para el traslado desde un centro de enfermería	Ayuda a pagar cosas como la vivienda y otros costos de vida	Los afiliados de 18 años en adelante pueden obtener hasta \$5,000 de por vida para ayudarle a mudarse Este beneficio es para afiliados que: - Dejan un centro de enfermería para volver a su propio hogar - Se hacen cargo de sus propios costos de vida Usted no paga nada	Se requiere autorización previa
Transporte - Cuidador	Transporte para el cuidador del afiliado	En el caso de los afiliados que viven en un centro de residencia asistida, los cuidadores elegibles pueden obtener cuatro viajes sencillos al mes para visitar al afiliado en el centro	Para organizar el transporte, llame al coordinador de cuidado de la salud del afiliado
Vacunas	Vacunas	Los afiliados adultos de 21 años en adelante pueden recibir una vacuna contra la neumonía, la gripe y el herpes zóster. Hable con su proveedor para obtener más información Usted no paga nada	Es posible que necesite autorización previa
Servicios para la vista	Servicios para la vista	Usted tiene cobertura de servicios necesarios por razones médicas Para los afiliados adultos de 21 años en adelante, el plan cubre: - 1 examen de la vista por año y uno de los siguientes: - 1 juego de monturas por año; el afiliado paga cualquier costo superior a \$75 por monturas de lujo - Un suministro de lentes de contacto para 6 meses con receta médica Usted no paga nada a menos que seleccione monturas de lujo que cuesten más de \$75	No se requiere autorización previa

Sección 15: Satisfacción de los afiliados

Quejas, quejas formales y apelaciones al plan

Queremos que esté satisfecho con nosotros y con el cuidado que recibe de nuestros proveedores. Infórmenos de inmediato si en algún momento no está satisfecho con algo sobre nosotros o nuestros proveedores. Esto incluye si usted no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado.

	Lo que puede hacer:	Lo que haremos:
Si no está satisfecho con nosotros o con nuestros proveedores, puede presentar una queja	<p>Para esto, por ejemplo, usted puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> Llamarnos en cualquier momento. <p>Servicios para afiliados 800-477-6931 (TTY: 711)</p>	<p>Nosotros:</p> <ul style="list-style-type: none"> Intentaremos resolver su problema en 1 día hábil.
Si no está satisfecho con nosotros o con nuestros proveedores, puede presentar una queja formal	<p>Para esto, por ejemplo, usted puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> Utilice nuestro formulario en línea para presentar una queja formal en https://resolutions.humana.com/grievances-appeals-forms/file-a-report Escribirnos o llamarnos en cualquier momento. Llamarnos para pedir más tiempo para resolver su queja formal si cree que esto lo ayudará. <p>P.O. Box 14546 Lexington, KY 40512-4546</p> <p>Servicios para afiliados 800-477-6931 (TTY: 711)</p>	<p>Nosotros:</p> <ul style="list-style-type: none"> Revisaremos su queja formal y le enviaremos una carta con nuestra decisión en un plazo de 90 días. <p>Si necesitamos más tiempo para resolver su queja formal:</p> <ul style="list-style-type: none"> Le enviaremos una carta con nuestro motivo y le informaremos cuáles son sus derechos si no está de acuerdo.
Si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre sus servicios, puede solicitar una apelación	<p>Para esto, por ejemplo, usted puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> Utilizar nuestro formulario en línea para presentar una apelación, escribirnos o llamarnos y hacer un seguimiento por escrito, en un plazo de 60 días a partir de nuestra decisión sobre sus servicios. Solicitar que sus servicios continúen en un plazo de 10 días desde la recepción de nuestra carta, si fuera necesario. Es posible que se apliquen ciertas reglas. <p>P.O. Box 14546 Lexington, KY 40512-4546</p> <ul style="list-style-type: none"> Utilizar nuestro registro de apelaciones en línea para verificar el estado de una apelación médica <p>Servicios para afiliados 800-477-6931 (TTY: 711)</p>	<p>Nosotros:</p> <ul style="list-style-type: none"> Le enviaremos una carta en un plazo de 5 días hábiles para informarle que recibimos su apelación. Le ayudaremos a completar cualquier formulario. Revisaremos su apelación y le enviaremos una carta en un plazo de 30 días para responderle.

	Lo que puede hacer:	Lo que haremos:
Si cree que esperar 30 días pondrá en peligro su salud, puede solicitar una apelación acelerada o “rápida”	<p>Para esto, por ejemplo, usted puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escribirnos o llamarnos en un plazo de 60 días desde nuestra decisión sobre sus servicios. <p>P.O. Box 14546 Lexington, KY 40512-4546 Fax: 1-855-336-6220</p> <p>Servicios para afiliados 800-477-6931 (TTY: 711)</p>	<p>Nosotros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le daremos una respuesta en un plazo de 48 horas después de recibir su solicitud. • Lo llamaremos el mismo día si no estamos de acuerdo con que necesita una apelación rápida, y le enviaremos una carta en un plazo de 2 días.
Si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre la apelación, puede solicitar una audiencia imparcial de Medicaid	<p>Para esto, por ejemplo, usted puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escribir a Health Care Administration Office of Fair Hearings (Oficina de audiencias imparciales de la Agencia para la administración del cuidado de la salud). • Pedirnos una copia de su expediente médico. • Solicitar que sus servicios continúen en un plazo de 10 días desde la recepción de nuestra carta, si fuera necesario. Es posible que se apliquen ciertas reglas. <p>**Debe finalizar el proceso de apelación antes de poder tener una audiencia imparcial de Medicaid.</p>	<p>Nosotros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le proporcionaremos transporte a la audiencia imparcial de Medicaid, si fuera necesario. • Reiniciaremos sus servicios si el estado está de acuerdo con usted. <p>Si usted continuó con sus servicios, podremos solicitarle que pague dichos servicios si la decisión final no es a su favor.</p>

Formulario de queja formal o apelación en línea

Utilice nuestro formulario en línea para presentar una queja formal o apelación. Cuando complete el formulario, proporcione toda la información posible.

Después de presentar una queja formal o apelación con nuestro formulario en línea en <https://resolutions.humana.com/grievances-appeals-forms/file-a-report>

- Recibirá un correo electrónico de confirmación con los detalles de su envío.

Para obtener información sobre el estado de cualquier queja formal o apelación que envíe a través de nuestro formulario, usted puede:

- Llamar al número que aparece al reverso de su tarjeta de identificación del afiliado para verificar el estado de una queja formal.
- Utilizar nuestro registro de apelaciones en línea para verificar el estado de una apelación médica.

Apelación rápida al plan

Si denegamos su solicitud de una apelación rápida, transferiremos su apelación al plazo de apelación regular de 30 días. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no otorgarle una apelación rápida, puede llamarnos para presentar una queja formal.

Audiencias imparciales de Medicaid (para afiliados de Medicaid)

Puede solicitar una audiencia imparcial en cualquier momento hasta 120 días después de que reciba un Aviso de resolución de apelación al plan. Para ello, llame o escriba a:

Agency for Health Care Administration
Medicaid Fair Hearing Unit
P.O. Box 60127
Ft. Myers, FL 33906
877-254-1055 (sin cargo)
239-338-2642 (fax)

MedicaidFairHearingUnit@ahca.myflorida.com

Si solicita una audiencia imparcial por escrito, incluya la siguiente información:

- Su nombre
- Su número de afiliado
- Su número de identificación de Medicaid
- Un número de teléfono en el que podamos comunicarnos con usted o su representante

También puede incluir la siguiente información, si la tiene:

- Por qué cree que la decisión debería cambiarse
- Los servicios que cree que necesita
- Cualquier información médica para respaldar la solicitud
- A quién desea ayudar con su audiencia imparcial

Luego de recibir su solicitud de audiencia imparcial, la Agencia le informará por escrito que recibió dicha solicitud. Un funcionario de audiencias que trabaja para el estado revisará la decisión que tomamos.

Si usted es afiliado de MediKids, Título XXI, no puede tener una audiencia imparcial de Medicaid.

Revisión del estado (para afiliados de MediKids)

Cuando solicite una revisión, un funcionario de audiencias del estado revisará la decisión que se tomó durante la apelación al Plan. Usted puede solicitar una revisión por parte del estado en cualquier momento durante el lapso de 30 días a partir de la fecha de recepción del aviso. **Es necesario que primero termine su proceso de apelación.**

Puede solicitar una revisión por parte del estado por teléfono o por escrito a:

Agency for Health Care Administration
P.O. Box 60127
Ft. Myers, FL 33906
877 254-1055 (sin cargo)
239-338-2642 (fax)
MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com

Luego de recibir su solicitud, la Agencia le informará por escrito que recibió dicha solicitud.

Continuación de los beneficios para los afiliados de Medicaid

Si recibe un servicio que se va a reducir, suspender o terminar, usted tiene derecho a seguir recibiendo dicho servicio hasta que se haya tomado una decisión final en una **apelación al plan o audiencia imparcial de Medicaid**. Si hay continuación de los servicios, no habrá cambio en ellos hasta que se tome una decisión final.

Si los servicios se siguen ofreciendo y nuestra decisión no es a su favor, es posible que le pidamos que pague el costo de dichos servicios. No le retiraremos sus beneficios de Medicaid. No podemos pedirle a su familia ni a su representante legal que paguen los servicios.

Para que sus servicios continúen durante su apelación o audiencia imparcial, debe presentar su apelación y solicitar continuar recibiendo servicios dentro de este plazo, lo que sea posterior:

- 10 días después de recibir un Aviso de determinación de beneficios con resultado adverso (NABD, por sus siglas en inglés) o
- El primer día o antes de que se reduzcan, suspendan o finalicen sus servicios.

Sección 16: Sus derechos como afiliado

Como beneficiario de Medicaid y afiliado de un Plan, también tiene ciertos derechos. Usted tiene derecho a:

- Ser tratado con cortesía y respeto.
- Que siempre se considere y respete su dignidad y privacidad en todo momento.
- Recibir una respuesta rápida y útil a sus preguntas y solicitudes.
- Saber quién provee los servicios médicos y quién es el responsable de su cuidado.
- Saber qué servicios para afiliados están disponibles, incluida la posible disponibilidad de un intérprete si no habla inglés.
- Saber qué normas y leyes se aplican a su conducta.
- Recibir información fácil de seguir sobre su diagnóstico y hablar abiertamente el tratamiento que necesita, las opciones de tratamientos y alternativas, los riesgos y cómo estos tratamientos le ayudarán, independientemente del costo o de la cobertura de beneficios.
- Participar en la toma de decisiones con su proveedor sobre su cuidado médico, incluido el derecho a negarse a cualquier tratamiento, excepto que la ley disponga lo contrario.
- Recibir información completa sobre otras maneras de ayudar a pagar su cuidado de la salud.
- Saber si el proveedor o centro acepta la tarifa de asignación de Medicare
- Recibir información sobre cuánto puede costarle un servicio antes de recibirlo
- Obtener una copia de una factura y que se le expliquen los cargos
- Recibir tratamiento médico o ayuda especial para personas con discapacidades, independientemente de su raza, nacionalidad de origen, religión, discapacidad o fuente de pago.
- Recibir tratamiento para cualquier emergencia médica que empeorará si no recibe tratamiento.

- Saber si el tratamiento médico se realiza para investigación experimental y decir si acepta o no participar en dicha investigación.
- Presentar una queja cuando no se respeten sus derechos.
- Solicitar otro médico cuando no esté de acuerdo con su médico (segunda opinión médica).
- Obtener una copia de su expediente médico y solicitar que se agregue o corrija información en su expediente, si es necesario.
- Que su expediente médico se mantenga privado y se comparta solo cuando lo exija la ley o con su aprobación.
- Decidir cómo quiere que se tomen las decisiones médicas si usted no puede tomarlas (instrucciones anticipadas).
- Presentar una queja formal sobre cualquier asunto que no sea la decisión de un Plan sobre sus servicios.
- Apelar la decisión de un Plan sobre sus servicios.
- Recibir servicios de un proveedor que no forma parte de nuestro Plan (fuera de la red) si no podemos encontrarle un proveedor que forme parte de nuestro Plan.
- Hablar con libertad sobre sus inquietudes en materia de cuidado de la salud sin resultados adversos.
- Ejercer libremente sus derechos sin que el Plan o sus proveedores de la red lo traten mal.
- Recibir cuidados sin temor a cualquier forma de encierro o reclusión que se utilice como medio de coacción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Solicitarnos y recibir una copia de sus registros médicos, y solicitarnos que los modifiquemos o corriamos.
- Recibir información sobre el Plan, sus servicios, sus proveedores y los derechos y responsabilidades como afiliado/a.
- Hacer recomendaciones sobre las declaraciones de derechos y responsabilidades del Plan.

Los afiliados de LTC tienen derecho a:

- Permanecer libre de cualquier forma de encierro o reclusión que se utilice como medio de coacción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Recibir servicios en un entorno de hogar independientemente del lugar donde vivan.
- Recibir información sobre cómo involucrarse en su comunidad, establecer objetivos personales y cómo participar en ese proceso.
- Ser informados acerca de dónde, cuándo y cómo obtener el servicio o los servicios que necesitan.
- Poder participar en las decisiones sobre su cuidado de la salud.
- Hablar abiertamente sobre las opciones de tratamiento para sus afecciones, independientemente del costo o beneficio.
- Elegir los programas en los que participan y los proveedores que les brindan cuidado.

Sección 17: Sus responsabilidades como afiliado

Como beneficiario de Medicaid y afiliado de un Plan, también tiene ciertas responsabilidades. Usted tiene la responsabilidad de:

- Brindar información precisa sobre su salud al Plan y los proveedores.

- Comprender sus afecciones médicas y trabajar con su proveedor para lograr los objetivos del tratamiento.
- Informarle a su proveedor sobre cambios inesperados en su afección médica.
- Hablar con su proveedor para asegurarse de que comprende el curso de acción y lo que se espera de usted.
- Escuchar a su proveedor, seguir las instrucciones de cuidado y hacer preguntas.
- Asistir a sus citas y notificar a su proveedor si no podrá asistir a una cita.
- Ser responsable de sus acciones si se niega a recibir tratamiento o no sigue las instrucciones del proveedor de cuidado de la salud.
- Asegurarse de realizar el pago de los servicios no cubiertos que reciba.
- Seguir las normas y reglamentaciones de conducta de los centros de cuidado de la salud.
- Tratar al personal de cuidado de la salud y al administrador de casos con respeto.
- Decirnos si tiene problemas con el personal de cuidado de la salud.
- Utilizar la sala de emergencias únicamente para las emergencias reales.
- Notificar a su administrador de casos si se produce un cambio en su información (dirección, número de teléfono, etc.).
- Tener un plan de manejo de emergencias y acceder a este plan si es necesario para su seguridad.
- Denunciar cualquier caso de fraude, abuso o sobrepago.

Los afiliados de LTC tienen la responsabilidad de:

- Informar a su administrador de casos si desean desafilarse del programa de Cuidado a largo plazo.
- Aceptar y participar en la evaluación personal anual, las visitas personales trimestrales y los contactos telefónicos mensuales con su administrador de casos.

Sección 18: Otra información importante

Responsabilidad del paciente por servicios de Cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) o de hospicio

Si recibe servicios de LTC o de hospicio, es posible que deba pagar una “parte del costo” por sus servicios cada mes. Esta parte del costo se denomina “responsabilidad del paciente”. El Departamento de Niños y Familias (DCF, por sus siglas en inglés) le enviará una carta cuando sea elegible (o para informarle sobre cambios) para los servicios de hospicio o de LTC de Medicaid. Esta carta se denomina “Aviso de acción sobre el caso” o “NOCA”, por sus siglas en inglés. La carta de NOCA le informará sus fechas de elegibilidad y cuánto debe pagar al centro donde vive, si vive en un centro, por su parte del costo de sus servicios de LTC o de hospicio.

Para obtener más información sobre la responsabilidad del paciente, puede hablar con su administrador de casos de LTC, comunicarse con el DCF llamando al número gratuito 866-762-2237, o visitar la página web del DCF en <https://www.myflfamilies.com/service-programs/access/medicaid.shtml> (desplácese hasta la sección Medicaid para adultos mayores y personas con discapacidad y seleccione el documento titulado “SSI-Related Fact Sheets” (Hojas de datos relacionadas con el Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI, por sus siglas en inglés))).

Protección de proveedor de cuidado de la salud indígena (IHCP, por sus siglas en inglés)

Los indígenas están exentos de todos los costos compartidos por servicios prestados o recibidos por un IHCP o referido en virtud de servicios de salud contratados.

Plan de emergencia ante desastres

Los desastres pueden suceder en cualquier momento. Para protegerse y proteger a su familia, es importante estar preparado. Hay tres pasos para prepararse para un desastre: 1) Mantenerse informado; 2) Hacer un plan y 3) Obtener un kit. Para obtener ayuda con su plan de emergencia ante desastres, llame a Servicios para afiliados o a su administrador de casos. Florida Division of Emergency Management (División del manejo de emergencias de Florida) también puede ayudarle con su plan. Puede llamar al 850-413-9969 o visitar su sitio web en www.floridadisaster.org.

Para los afiliados de LTC, su administrador de casos le ayudará a crear un plan para desastres.

Consejos sobre cómo prevenir el fraude y abuso de Medicaid:

- NO comparta información personal, incluido su número de Medicaid, con nadie que no sean sus proveedores de confianza.
- Tenga cuidado si alguien le ofrece dinero, servicios médicos gratuitos o de bajo costo u obsequios a cambio de su información de Medicaid.
- Tenga cuidado con las visitas domiciliarias o las llamadas que no solicitó.
- Tenga cuidado con los enlaces incluidos en mensajes de texto o correos electrónicos que no solicitó, o en plataformas de redes sociales.

Fraude/abuso/sobrepago en el programa Medicaid

Para informar un presunto fraude o abuso en perjuicio de Medicaid Florida, llame a la Línea directa para quejas del consumidor al número gratuito 888-419-3456 o complete un "Formulario de queja de fraude y abuso contra Medicaid", disponible en línea en:

<https://apps.ahca.myflorida.com/mpj-complaintform/>

También puede informarnos sobre fraude y abuso directamente a la Línea directa de la Unidad de Investigaciones Especiales al 800-614-4126 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 3:00 p.m., hora del centro.

Abuso/negligencia/explotación de personas

Nunca debe ser maltratado. Nunca está bien que alguien le golpee o le haga sentir miedo. Puede hablar con su proveedor de cuidado primario o administrador de casos sobre sus sensaciones.

Si siente que está siendo maltratado o descuidado, puede llamar a la Línea directa para abusos al 800-96-ABUSE (800-962-2873) o, para TTY/TDD, al 800-955-8771.

También puede llamar a la línea directa si conoce a alguien que está siendo maltratado.

La violencia doméstica también es abuso. Estos son algunos consejos de seguridad:

- Si está herido, llame a su proveedor de cuidado primario.
- Si necesita cuidado médico en casos de emergencia, llame al 911 o vaya al hospital más cercano. Para obtener más información, consulte la sección titulada CUIDADO MÉDICO EN CASOS DE EMERGENCIA.
- Tenga un plan para ir a un lugar seguro (la casa de un amigo o familiar).
- Empaque un bolso pequeño, déselo a un amigo para que lo guarde.

Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a la Línea Nacional para la Violencia Doméstica al 800-799-7233 (TTY 800-787-3224).

Instrucciones anticipadas

Una **instrucción anticipada** es una declaración escrita o verbal que indica cómo quiere que se tomen decisiones médicas si usted no puede tomarlas. Algunas personas dan instrucciones anticipadas cuando están muy enfermas o al final de sus vidas. Otras personas dan instrucciones anticipadas cuando están sanas. Puede cambiar de opinión y estos documentos en cualquier momento. Podemos ayudarle a obtener y comprender estos documentos. Estos no cambian su derecho a recibir beneficios de cuidado de la salud. El único objetivo es que los demás sepan lo que usted quiere si no puede hablar por sí mismo.

1. Un testamento en vida.
2. Designación de un apoderado para la toma de decisiones sobre el cuidado de la salud.
3. Donación anatómica (órganos o tejidos).

Puede descargar un formulario de instrucciones anticipadas de este sitio web: <http://www.floridahealthfinder.gov/reports-guides/advance-directives.aspx>.

Asegúrese de que alguien, como su proveedor de cuidado primario, su abogado, un miembro de su familia o su administrador de casos sepan que usted tiene una instrucción anticipada y dónde la guarda.

Si hay algún cambio en la ley sobre las instrucciones anticipadas, le informaremos en un plazo de 90 días. No es necesario que tenga instrucciones anticipadas si no lo desea.

Si su proveedor no cumple con sus instrucciones anticipadas, puede presentar una queja ante Servicios para afiliados al 800-477-6931 (TTY: 711) o ante la Agencia al 888-419-3456.

Cómo obtener más información

Tiene derecho a solicitar información. Llame a Servicios para afiliados o hable con su administrador de casos sobre los tipos de información que puede recibir de manera gratuita. Algunos ejemplos son:

- Su registro de afiliado.
- Una descripción de cómo operamos.

- Una comparación de los resultados del Conjunto de Datos e Información sobre la Efectividad del Cuidado de la Salud (HEDIS®, por sus siglas en inglés) de los planes: <https://www.humana.com/medicaid/florida-medicaid/member-support/measuring-performance>.
- Para informarnos sobre cambios u obtener una copia impresa del Programa para el mejoramiento de la calidad (QI, por sus siglas en inglés) de Humana, envíe una solicitud por correo a la siguiente dirección: Humana Quality Operations and Compliance Department, Progress Report, 321 West Main, WFP 20, Louisville, KY 40202 o llame a Servicios para afiliados.

Sección 19: Recursos adicionales

FloridaHealthFinder.gov

La Agencia está comprometida con su misión de brindar un “Mejor cuidado de la salud a todos los residentes de Florida”. La Agencia ha creado un sitio web www.FloridaHealthFinder.gov donde puede ver información sobre las agencias de cuidado de la salud en el hogar, centros de enfermería, centros de residencia asistida, centros de cirugía ambulatoria y hospitales de Florida. Puede encontrar la siguiente información en el sitio web:

- Información actualizada sobre licencias
- Informes de inspección
- Acciones legales
- Resultados de salud
- Precios
- Medidas de desempeño
- Folletos de educación para el consumidor
- Testamentos en vida
- Calificaciones de la calidad del desempeño, incluidos los resultados de las encuestas de satisfacción de los afiliados

La Agencia recopila información de todos los Planes sobre las diferentes medidas de desempeño con respecto a la calidad del cuidado proporcionado por los Planes. Las medidas permiten al público comprender hasta qué punto los Planes satisfacen las necesidades de sus afiliados. Para ver los informes de calificación de los Planes, consulte <http://www.floridahealthfinder.gov/HealthPlans/search.aspx>. Puede optar por ver la información por Plan o de todos los Planes a la vez.

Unidad de vivienda para adultos mayores

La Unidad de vivienda para adultos mayores proporciona información y asistencia técnica a ancianos y líderes de la comunidad sobre opciones de vivienda asequible y residencia asistida. El Departamento de asuntos para la tercera edad de Florida mantiene un sitio web para obtener información sobre centros de residencia asistida, hogares de cuidado familiar para adultos, centros de asistencia ambulatoria para adultos y centros de enfermería en <http://elderaffairs.state.fl.us/doea/housing.php> así como enlaces a recursos federales y estatales adicionales.

Información sobre MediKids

Para obtener información sobre la cobertura de MediKids, consulte:

http://ahca.myflorida.com/medicaid/Policy_and_Quality/Policy/program_policy/FLKidCare/MediKids.shtml

Centro de recursos para adultos mayores y personas con discapacidad

También puede encontrar más asistencia e información sobre beneficios estatales y federales, programas y servicios locales, servicios legales y de prevención de delitos, planificación de ingresos u oportunidades educativas. Para ello, comuníquese con los Centros de recursos para adultos mayores y personas con discapacidad.

Programa de apoyo para consumidores independientes

El Departamento de asuntos para la tercera edad de Florida también ofrece un Programa de apoyo para consumidores independientes (ICSP, por sus siglas en inglés). El ICSP trabaja con el Programa del mediador de cuidado a largo plazo para todo el estado, los ADRC y la Agencia para garantizar que los afiliados de LTC tengan muchas maneras de obtener información y ayuda cuando sea necesario. Para obtener más información, llame a la Línea de ayuda para personas de la tercera edad al 800-96-ELDER (800-963-5337) o visite <http://elderaffairs.state.fl.us/doesmmcltc.php>.

Sección 20: Formularios

Para obtener una copia de los formularios que se indican a continuación, visite <https://espanol.humana.com/medicaid/florida-medicaid/member-support/documents-forms>

Ejemplos:

Formulario de pedido de medicamentos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés)

Formulario de reclamación de reembolso de medicamentos recetados

Formulario de solicitud de queja formal/apelación

Formulario de designación de representante

Consentimiento para la divulgación de información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés)

Testamento en vida

Instrucciones anticipadas

Formulario de donación de órganos

Evaluaciones de la coordinación del cuidado de la salud

ENGLISH: This information is available for free in other languages and formats. Please contact our Customer Service number at **800-477-6931**. If you use **TTY**, call **711**, Monday – Friday, 8 a.m. to 8 p.m.

SPANISH: Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas y formatos. Comuníquese con nuestro Servicio al Cliente llamando al **800-477-6931**. Si usa un **TTY**, marque **711**. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

CREOLE: Enfòmasyon sa a disponib gratis nan lòt lang ak fòma. Tanpri kontakte nimewo Sèvis Kliyan nou an nan **800-477-6931**. Si ou itilize **TTY**, rele **711**, Lendi - Vandredi, 8 a.m. a 8 p.m.

FRENCH: Ces informations sont disponibles gratuitement dans d'autre langues et formats. N'hésitez pas à contacter notre service client au **800-477-6931**. Si vous utilisez un appareil de télétype (**TTY**), appelez le **711** du lundi au vendredi, de 8h00 à 20h00.

ITALIAN: Queste informazioni sono disponibili gratuitamente in altre lingue e formati. La preghiamo di contattare il servizio clienti al numero **800-477-6931**. Se utilizza una telescrivente (**TTY**), chiami il numero **711** dal lunedì al venerdì tra le 8 e le 20:00.

RUSSIAN: Данную информацию можно получить бесплатно на других языках и в форматах. Для этого обратитесь в отдел обслуживания клиентов по номеру **800-477-6931**. Если Вы пользователь **TTY**, звоните по номеру **711** с понедельника по пятницу, с 8.00 до 20.00.

Llámenos si nos necesita

Si tiene alguna pregunta, o necesita ayuda para leer o entender este documento, llámenos al **866-432-0001 (TTY: 711)**. Estamos a su disposición de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Podemos ayudarle sin costo para usted. Podemos explicarle el documento en inglés o en su idioma materno. También podemos brindarle ayuda si tiene dificultades de la vista o la audición. Consulte su Manual para los afiliados para obtener información sobre sus derechos.

¡Importante!

En Humana, es importante que usted reciba un trato justo.

Humana Inc. y sus subsidiarias no discriminan ni excluyen a las personas por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, etnia, estado civil, religión o idioma. La discriminación es contra la ley. Humana y sus subsidiarias cumplen con las leyes de derechos civiles federales aplicables. Si usted cree que Humana o sus subsidiarias le han discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Usted puede presentar una queja, también conocida como queja formal, a: **Discrimination Grievances**, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618
Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al 866-432-0001 o bien, si utiliza un TTY, llame al 711.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles**, por medios electrónicos a través de su Portal de quejas disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o a **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**. Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. **866-432-0001 (TTY: 711)**

Humana provee recursos y servicios auxiliares gratuitos como, por ejemplo, intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

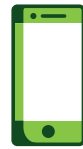
Humana Healthy Horizons in Florida es un producto de Medicaid de Humana Medical Plan, Inc.

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

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

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

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



¿Tiene alguna pregunta?

Llame a Servicios para afiliados al 800-477-6931 (TTY: 711).



Humana
Healthy Horizons™
in Florida

FLHHQVFES22