Certificado de cobertura

Programa de cuidado médico integrado de Humana en Illinois

Humana®

ILHHU9RSP 0117

Certificado de cobertura para el Programa de cuidado médico integrado de Humana de Illinois

Cómo usar su Certificado de cobertura

Lea con sumo cuidado este Certificado de cobertura. La lectura de solo algunos apartes o páginas no le ayudará a entender completamente lo que necesita saber.

Este Certificado de cobertura puede estar sujeto a enmiendas, modificaciones o terminación por acuerdo mutuo entre Humana Health Plan, Inc. (el Plan de Salud) y el Departamento de cuidado de la salud y servicios familiares de Illinois ("Departamento") sin el consentimiento de los afiliados. Se notificará a los afiliados de dichos cambios tan pronto como sea posible después de que se hayan hecho. Todas las solicitudes y enmiendas del Certificado de cobertura constituirán el contrato completo entre las partes. Ninguna parte de los estatutos, ordenanzas ni ningún otro documento de Humana será parte de este Certificado de cobertura.

Mediante la elección o aceptación de la cobertura de servicios de salud por Humana Health Plan, Inc., los afiliados aceptan todos los términos y condiciones en este Certificado de cobertura. En caso de inconsistencia entre su Descripción de la cobertura y el contrato o el Certificado de cobertura, primarán los términos del contrato o del Certificado de cobertura.

Descripción de la cobertura

La Ley de derecho de los pacientes y la reforma del cuidado médico administrado de 1999 estableció derechos para los afiliados en planes de salud. Estos derechos contemplan lo siguiente:

- Qué visitas a la sala de emergencias pagará su plan de cuidado de la salud.
- Cómo se puede acceder a los especialistas (dentro y fuera de la red).
- Cómo presentar quejas y apelar decisiones del plan de cuidado de la salud (incluidas revisiones externas independientes).
- Cómo obtener información sobre su plan de cuidado de la salud, incluida información general sobre los acuerdos financieros con proveedores.

Es recomendable que revise y se familiarice con estos temas y otra información sobre beneficios en este documento. Como la descripción de cobertura no es un documento legal, consulte su Certificado de cobertura, ya que contiene la información completa sobre los beneficios. Si llega a haber inconsistencias entre su Descripción de la cobertura y el certificado, primarán los términos del certificado. Este Certificado de cobertura reemplaza y deja sin efecto los certificados emitidos anteriormente.

Si necesita asistencia e información general, comuníquese con el Departamento de cuidado de la salud y servicios familiares de Illinois al teléfono 800-226-0768. Tenga en cuenta que el Departamento de cuidado de la salud y servicios familiares de Illinois no podrá ofrecer información específica del plan de salud. Para este tipo de información, deberá comunicarse directamente con su plan de salud.

Área de servicio

Condados de Cook, DuPage, Kane, Kankakee, Lake y Will, y otros condados según lo apruebe el Departamento de cuidado de la salud y servicios familiares de Illinois.

Exclusiones y limitaciones

Los servicios excluidos son: servicios ofrecidos en un establecimiento estatal operado como hospital psiquiátrico como resultado de un compromiso forense; servicios ofrecidos a través de una agencia educativa local (LEA, por sus siglas en inglés); servicios de naturaleza experimental o investigativa; servicios ofrecidos por una proveedor no afiliado y no autorizado por el plan de salud, a menos que se requieran por contrato; servicios ofrecidos sin el referido requerido o la autorización previa según se establece en el manual del proveedor; servicios médicos y quirúrgicos ofrecidos únicamente con fines cosméticos; y procedimientos diagnósticos y terapéuticos relacionados con la infertilidad o la esterilidad.

Los siguientes servicios y beneficios estarán limitados como servicios cubiertos: la interrupción del embarazo puede ofrecerse solo según lo permitan las leyes federales y estatales aplicables (42 C.F.R. parte 441, subparte E). En cualquier caso, deben acatarse completamente los requisitos de dichas leyes y deberá completarse el Formulario 2390 del HFS y archivarse en el expediente médico de la afiliada. La interrupción del embarazo no se ofrecerá a afiliadas elegibles en el Programa estatal de seguro médico infantil (215 ILCS 106).

Los servicios de esterilización pueden ofrecerse solo según lo permitan las leyes federales y estatales (consulte 42 C.F.R. Parte 441, Subparte F). En cualquier caso, deben acatarse completamente los requisitos de dichas leyes y deberá completarse un Formulario 2189 del HFS y archivarse en el expediente médico del afiliado.

Si se lleva a cabo una histerectomía, deberá completarse un Formulario 1977 del HFS y archivarse en el expediente médico de la afiliada.

Certificación previa y revisión del uso

Para el cuidado que no sea de emergencia, el PCP del afiliado participa y está de acuerdo con todas las hospitalizaciones aprobando anticipadamente todas las admisiones electivas, las cirugías ambulatorias y los servicios especializados. Además de la aprobación previa del PCP de todas las admisiones electivas, el Departamento de control del uso (UM, por sus siglas en inglés) del plan de salud debe autorizar todas las admisiones hospitalarias. El PCP o el especialista mediante referido harán los arreglos necesarios para la hospitalización, los procedimientos ambulatorios y otros servicios si son necesarios por razones médicas según se define en el Certificado de cobertura.

Cuidado médico de emergencia

En una emergencia, el afiliado debe buscar cuidado médico de inmediato en el departamento de emergencias del hospital más cercano. Los servicios de emergencia necesarios por razones médicas están cubiertos sin importar si dichos servicios son ofrecidos por un proveedor participante. Los servicios médicos posteriores a la estabilización que sean necesarios por razones médicas y sean ofrecidos por un proveedor no participante están cubiertos si han sido aprobados previamente por el plan de salud, o si el plan de salud no deniega la aprobación de dichos servicios médicos posteriores a la estabilización en la hora siguiente a que el proveedor no participante haya intentado obtener de buena fe la aprobación de dichos servicios del plan de salud.

Selección del proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)

Los afiliados deben elegir un PCP del directorio de proveedores que esté disponible al momento de la afiliación. El PCP del afiliado es responsable de ofrecer coordinar el cuidado, aprobar los referidos a especialistas y otros servicios. Los afiliados pueden cambiar de PCP llamando al Departamento de servicios para afiliados al teléfono 1-800-764-7591 (TTY: 711).

Cobertura fuera del área de servicio

La cobertura fuera del área de servicio está disponible únicamente para diálisis y cuidado médico de emergencia. Una vez que se haya estabilizado el problema de salud, el afiliado debe regresar al área de servicio tan pronto como sea apropiado desde el punto de vista médico para seguir recibiendo el cuidado médico necesaria o recibir el cuidado médico de seguimiento.

Acceso al cuidado médico especializado

Un afiliado podrá ver a un especialista participante para recibir servicios necesarios por razones médicas si obtiene un referido de su PCP. El PCP debe aprobar los servicios o los referidos adicionales recomendados por los especialistas participantes. En algunos casos, un afiliado puede solicitar un referido permanente para ver un especialista que sea proveedor participante.

Si el PCP del afiliado determina que un referido a un especialista es apropiado para servicios necesarios por razones médicas y no existe un especialista cualificado que sea proveedor participante, el PCP puede aprobar un referido a un especialista que no esa proveedor participante, siempre y cuando el especialista sea un proveedor del Programa de asistencia médica de Illinois.

Las afiliadas pueden elegir, además de un PCP, un médico familiar o un ginecobstetra, que también sean proveedores participantes, como su proveedor de cuidado de la salud de la mujer (WHCP, por sus siglas en inglés). Después de esta selección, la afiliada puede ver a su WHCP designado sin un referido para todos los servicios cubiertos. A petición de cualquier WHCP, el plan de salud hará seguimiento al uso y procedimientos y protocolos de control de calidad para evaluar al WHCP como un PCP.

Los afiliados que necesiten servicios de salud del comportamiento podrán acceder al proveedor de salud del comportamiento subcontratado por el plan de salud sin un referido. Igualmente, los afiliados podrán buscar servicios de planificación familiar fuera de la red, y estos servicios estarán cubiertos por el departamento.

Responsabilidad financiera

El afiliado no tiene que pagar copagos, deducibles ni primas para el cuidado cubierto elegible.

Continuación del cuidado médico

Sujeto a ciertas condiciones descritas con mayor detalle en el Certificado de cobertura, los afiliados nuevos que requieran tratamiento continuo, o afiliadas en su tercer trimestre de embarazo, pueden solicitar seguir viendo a su médico especialista actual hasta noventa (90) días después de su fecha de vigencia de la cobertura, en caso de tratamiento continuo, e incluido el cuidado médico postparto relacionado con el parto en el caso de embarazo.

Sujeto a ciertas condiciones descritas con mayor detalle en el Certificado de cobertura, si el médico participante de un afiliado deja la red del plan de salud, y el afiliado está recibiendo tratamiento continuo del médico participante, o la afiliada está en su tercer semestre de embarazo y está recibiendo cuidado del médico participante, el afiliado puede solicitar seguir viendo a su médico durante noventa (90) a partir de la fecha en la que el plan de salud notifique al afiliado que el médico va a dejar la red del plan de salud.

En cualquier caso, el médico debe aceptar las políticas y procedimientos de uso y mejoramiento de la calidad del plan de salud, y el pago.

Certificado de cobertura

Este Certificado de cobertura es emitido por Humana Health Plan, Inc., actuando como una organización para el mantenimiento de la salud. En consideración de la inscripción del afiliado en el Programa de cuidado médico integrado de Humana en Illinois, Humana Health Plan, Inc. ofrecerá o coordinará los servicios de cuidado de la salud cubiertos al afiliado de acuerdo con las cláusulas de este Certificado de cobertura.

EN TESTIMONIO DE ESTO, Humana Health Plan, Inc. ha otorgado y firmado este Certificado de cobertura por su funcionario debidamente autorizado en la fecha indicada abajo, en la cual la cobertura del certificado comenzará en la fecha de vigencia indicada abajo.

Fecha de vigencia:

_____

Humana Health Plan, Inc.

Por
_____
Presidente y CEO

Índice

Definiciones 1

Departamento de servicios para afiliados 4

Elegibilidad, afiliación y desafiliación 4

Elegibilidad 4

No discriminación 4

Confirmación de la afiliación al plan de salud 4

Periodo de inscripciones abiertas 4

Desafiliación y terminación de la cobertura 5

Restitución 5

Servicios cubiertos 6

Paquete de servicios I 6

Servicios preventivos cubiertos 20

Paquete de servicios II 21

Servicios excluidos 24

Limitaciones en servicios cubiertos 25

Servicios no cubiertos por el plan de salud 25

Referidos 26

Referido permanente 26

Cómo obtener servicios aprobados / autorizados 27

Servicios que requieren autorización previa 27

Servicios para la salud del comportamiento 28

Proveedor de cuidado de la salud del comportamiento 28

Servicios cubiertos para la salud del comportamiento 28

Proveedor de cuidado primario 29

Proveedor de cuidado primario (PCP) 29

Hogar médico 29

Cómo elegir a su PCP 30

Cómo cambiar su PCP 30

Acceso a su PCP 31

Continuación del cuidado médico 31

Cobertura después del horario laboral 32

PCP y otros proveedores 32

Segunda opinión 32

Cuidado especializado 32

Cuidado de un especialista 32

Farmacia 33

Guía de medicamentos recetados 33

Medicamentos de venta sin receta 33

Asignación para artículos de venta sin receta 33

Cómo obtener medicamentos recetados 42

Exenciones de copago en farmacias 42

Cómo encontrar una farmacia de la red 42

Pedido por correo de medicamentos recetados 42

Si los medicamentos no están en la guía de medicamentos recetados 43

Cuidado médico 43

Dónde obtener cuidado médico 43

Cómo decidir si ir a una ER, un centro de cuidado de urgencia o un PCP 43

Servicios del PCP 44

Cuidado de urgencia 44

Servicios de emergencia 45

Cuidado médico posterior a la estabilización 46

Cuidado hospitalario 46

Transporte para emergencia y ocasiones que no son de emergencia 46

Cuidado fuera de la red para casos que no son de emergencia fuera del área de servicio 46

Cuidado fuera de la red para servicios no disponibles 46

Quejas formales y apelaciones 46

Quejas formales 46

Apelaciones 47

Proceso de apelación 48

Audiencia justa del estado 50

Revisión externa 51

Reporte de casos sospechosos de fraude a Medicaid 53

Reporte de abuso, negligencia, explotación o incidentes inusuales 53

Definiciones

A. **“Medida”** significa (i) la denegación o limitación de la autorización de un servicio solicitado; (ii) la reducción, suspensión o terminación de un servicio previamente autorizado; (iii) la denegación del pago de un servicio; (iv) el no proveer servicios de manera oportuna; (v) si el plan de salud es la única organización de cuidado médico administrado contratado con el Departamento que ofrece servicio a un área rural, la denegación de la solicitud de un afiliado para obtener servicios fuera del área de servicio aprobada; (vi) el no responder a una apelación de manera oportuna; y (vii) si el plan de salud es la única organización de cuidado médico administrado contratado con el Departamento que ofrece servicio a un área rural, la denegación de la solicitud de un afiliado para obtener servicios fuera del área contratada aprobada.

B. **“Apelación”** significa la solicitud de revisión de una decisión tomada por el plan de salud con respecto a una medida.

C. **“Crónica”** significa una lesión o enfermedad que es, o se espera ser, pero no necesariamente, de larga duración y/o de recurrencia frecuente y está siempre presente en mayor o menor grado. Las condiciones médicas crónicas pueden tener episodios agudos.

D. **“Queja”** significa una llamada telefónica, una carta o la comunicación personal de un participante, afiliado, familiar, representante del afiliado o cualquier otra persona interesada quien expresa una inquietud relacionada con la salud, la seguridad o el bienestar de un afiliado.

E. **“Contrato”** significa el acuerdo entre el plan de salud y el Departamento bajo el cual esta cobertura se pone a disponibilidad de personas elegibles.

F. **“Servicios cubiertos”,** como se describen en más detalle en la página 6, son aquellos beneficios, servicios y suministros los cuales Health Plan, Inc., (“plan de salud”) ha contratado con el Departamento para coordinarlos para los afiliados.

G. **“Departamento”** significa el Departamento de cuidado médico y servicios familiares de Illinois.

H. **“Dependiente”** significará una persona que reúne los requisitos de acuerdo con el Programa de asistencia médica, quien es integrante de un caso de asistencia médica y una persona elegible.

I. **“Fecha de vigencia”** corresponderá a la fecha en la que la cobertura de un afiliado entra en vigor.

J. **“Persona elegible”** será cualquier persona cubierta por el contrato.

K. **“Emergencia médica”** significa la aparición de un problema de salud que se manifiesta con síntomas agudos de gravedad suficiente (incluido, entre otros, dolor grave) tal que, de no recibirse cuidado médico inmediato, una persona prudente, con conocimiento promedio de salud y medicina, puede esperar razonablemente que suceda lo siguiente:

1. Se ponga en grave peligro la salud de dicha persona o, en caso de una mujer embarazada, su salud o la del feto;
2. Deterioro grave de las funciones corporales; o
3. Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

L. **“Servicios de emergencia”** son aquellos servicios de salud para pacientes internos o pacientes ambulatorios que son servicios cubiertos, incluidos el transporte, la necesidad de evaluar o estabilizar un problema de salud de emergencia, los cuales son ofrecidos por un proveedor certificado para prestar servicios de emergencia.

M. **Servicios relacionados con exámenes de detección, diagnóstico, tratamiento temprano y periódico** (EPSDT, por sus siglas en inglés) son aquellos servicios ofrecidos a menores bajo el Título XIX de la Ley de seguridad social (42 U.S.C. § 1396 y siguientes).

N. **"Exclusión",** según se describe con mayor detalle en la página 23, es un artículo o servicio no cubierto por el contrato.

O. **"Queja formal"** significa la expresión de insatisfacción de un afiliado, incluidas las quejas, sobre cualquier asunto diferente a los que sean asuntos correspondientes a una apelación.

P. **"Hospital"** es un establecimiento legalmente operado definido como un hospital de cuidado agudo o terciario y una institución con licencia del estado y aprobado por la Comisión conjunta para la acreditación de organizaciones de cuidado de la salud (JCAHO, por sus siglas en inglés), la Asociación americana de osteopatía (AOA, por sus siglas en inglés) o por el programa de Medicare.

Q. **"Programa de asistencia médica"** corresponde al Programa de asistencia médica del HFS administrado por el Departamento de cuidado de la salud y servicios familiares de Illinois.

R. **"Director médico"** es un médico designado por el plan de salud para supervisar y revisar el uso y la calidad de los servicios de salud ofrecidos a los afiliados.

S. **"Necesario por razones médicas"** significa que un servicio, suministro o medicamento es apropiado y que cumple las normas de buena práctica médica en la comunidad médica para el diagnóstico o tratamiento de una lesión o enfermedad cubierta, la prevención de una enfermedad futura, para permitir al afiliado que obtenga, mantenga o recupere la capacidad funcional, o que consiga un crecimiento apropiado a la edad, según lo determine el proveedor de acuerdo con los lineamientos, políticas y/o procedimientos del plan de salud.

T. **"Afiliado"** significará una persona elegible afiliada al plan de salud en virtud del contrato.

U. **"Servicios fuera del área"** son aquellos servicios cubiertos o recibidos fuera del área de servicio y se limitan a los servicios de emergencia.

V. **"Proveedor participante"** es un proveedor que, al momento de ofrecer o prescribir los servicios cubiertos a un afiliado, ha sido contratado directa o indirectamente por el plan de salud para ofrecer o coordinar los servicios cubiertos, y está inscrito actualmente como proveedor en el Programa de asistencia médica. El contrato de un proveedor participante con el plan de salud puede terminar en cualquier momento y podría requerirse que un afiliado tenga que usar otro médico participante.

W. **"Proveedor participante"** es un proveedor, grupo médico, hospital, centro de enfermería especializada, agencia de cuidado médico en el hogar, o cualquier otra institución o profesional de la salud debidamente autorizados que tengan contrato directa o indirectamente con el plan de salud para ofrecer o facilitar servicios cubiertos a los afiliados, y que está inscrito en el momento como proveedor en el Programa de asistencia médica. El contrato de un proveedor participante con el plan de salud puede terminar en cualquier momento y podría requerirse que un afiliado tenga que usar otro proveedor participante.

X. **"Médico"** es una persona con licencia bajo la Ley del ejercicio de la medicina de 1987.

Y. **"Servicios posteriores a la estabilización"** son aquellos servicios necesarios por razones médicas que no son de emergencia los cuales se ofrecen a un afiliado una vez que se le ha estabilizado, para mantener dicha estabilización, después de un problema de salud de emergencia.

Z. **“Proveedor de cuidado primario”** es un proveedor participante que tiene la responsabilidad principal de ofrecer, arreglar y coordinar todos los aspectos de la cuidado de la salud de un afiliado. Un afiliado seleccionará un proveedor de cuidado primario, o se le seleccionará uno en su nombre. El contrato de un proveedor de cuidado primario con el plan de salud puede terminar en cualquier momento y podría requerirse que un afiliado tenga que usar otro proveedor de cuidado primario.

AA. **“Área de servicio”** significa el área geográfica en la que el plan de salud ha recibido aprobación normativa para operar y está designada por el contrato con el que está inscrito el afiliado.

BB. **“Cuidado de enfermería especializada”** significa los servicios cubiertos que solo pueden ser ofrecidos por personal de enfermería certificado, o bajo su supervisión.

CC. **“Centro de enfermería especializada”** es un establecimiento debidamente certificado por el estado, el cual ofrece cuidado de enfermería especializada para pacientes internos con enfermedades agudas, servicios de rehabilitación de enfermedades agudas u otros servicios relacionados de salud de situaciones agudas.

DD. **“Médico de cuidado especializado”** es un médico que ofrece cierto tipo de cuidado médico especializado mediante referido por el médico de cuidado primario de un afiliado, y quien está inscrito como proveedor en el Programa de asistencia médica y autorizado por el plan de salud.

EE. **“Estabilización o estabilizado”** significa, en relación con una situación médica de emergencia, y según lo determina el médico que atiende en la salas de emergencias u otro proveedor tratante, dentro de una probabilidad médica razonable, que no hay posibilidad de que resulte deterioro material del problema de salud al dar de alta al paciente o al transferirle a otro establecimiento.

FF. **“Cobro usual y acostumbrado**” es el cobro sobre el que se basa la entonces vigente lista de tarifas del Programa de asistencia médica en el área de servicio del afiliado. Si un afiliado tiene una pregunta sobre la determinación del plan de salud del cobro usual y acostumbrado en una instancia específica, podrá comunicarse con el Departamento de servicios para afiliados.

GG. **“Proveedor de cuidado de la salud primaria de la mujer”** (WHCP) es un médico con licencia para ejercer la medicina en todas las áreas quien está especializado en obstetricia o ginecología, o especializado en medicina familiar, que es médico participante y elige actuar como WHCP.

Departamento de servicios para afiliados

Los afiliados que tengan preguntas podrán comunicarse con el Departamento de servicios para afiliados al teléfono 1-800-764-7591 (TTY: 711). El Departamento de servicios para afiliados está disponible de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. No obstante, tenga en cuenta que el sistema telefónico automatizado del plan de salud puede responder las llamadas del afiliado después de las horas de trabajo, los fines de semana y los días festivos. Los afiliados deben dejar su nombre y número de teléfono, y el plan de salud les devolverá la llamada durante el siguiente día hábil. Los afiliados pueden visitar **Humana.com** donde tendrán acceso las 24 horas a información como la historia de reclamaciones, la elegibilidad, la lista de medicamentos del plan de salud, la herramienta "Physician Finder" (localizador de médicos) y más información y noticias sobre la salud.

Elegibilidad, afiliación y desafiliación

Elegibilidad

Una persona elegible que se ha afiliado al plan de salud conforme al contrato y confirmado por el Departamento.

No discriminación

El plan de salud no discriminará en base al estado de salud o la necesidad de servicios de salud. La afiliación se hará sin tomar en cuenta la raza, el color, la religión, el sexo, el origen nacional, la ascendencia, la edad, ni la discapacidad física o mental.

Confirmación de la afiliación al plan de salud

Una vez inscritos, los afiliados recibirán una carta de bienvenida y una tarjeta de identificación. La tarjeta de identificación tiene la fecha de vigencia de la afiliación. También recibirán un paquete de bienvenida para afiliados. Igualmente, los afiliados deberían recibir una llamada de bienvenida en los treinta (30) días siguientes a su afiliación.

Período de inscripciones abiertas

Si el afiliado se ha inscrito al plan de salud por primera vez, tendrá 90 días a partir de la fecha de vigencia de su primera afiliación para cambiar su plan de salud. Durante los primeros 90 días, los afiliados podrán cambiar de plan de salud por cualquier motivo. Si cambian de plan de salud, tendrán 90 días durante los cuales podrán regresar a su plan de salud original. Después de 90 días, permanecerán afiliados al plan hasta su periodo anual de inscripciones abiertas.

El periodo anual de inscripciones es un (1) año a partir de la fecha de vigencia del afiliado. El afiliado recibirá una carta de Illinois Client Enrollment Services o ICES (Servicios de inscripción de clientes) noventa y cinco (95) días antes de su fecha de vigencia anual. La carta dirá que el afiliado puede cambiar de plan de salud si lo desea. La carta indicará las fechas en las que se puede hacer el cambio. El afiliado tendrá sesenta (60) días para hacer el cambio. A este periodo de sesenta (60) días se le conoce como periodo de inscripciones abiertas. Los afiliados pueden cambiar de plan de salud durante el periodo de inscripciones abiertas de sesenta (60) días cada año. Los afiliados no tienen que cambiar de plan de salud, pero pueden hacerlo si lo desean. Si el afiliado elige cambiar de plan durante el periodo de inscripciones abiertas, quedará afiliado al nuevo plan cuando comience su nuevo periodo de inscripciones. Ya sea que el afiliado seleccione un nuevo plan o que se quede en el plan de salud, quedará comprometido con dicho plan durante los siguientes doce (12) meses.

Desafiliación y terminación de la cobertura

Los afiliados pueden desafiliarse en cualquier momento de acuerdo con los procedimientos establecidos por el Departamento.

En algunas circunstancias, el plan de salud puede pedir al Departamento que desafilie a un afiliado o cancele la afiliación de nuestro plan de salud de acuerdo con los procedimientos establecidos por el Departamento. A esto se le conoce como "desafiliación por motivo justificado". Podemos pedir que se desafilie al afiliado por los siguientes motivos:

- El afiliado se muda fuera del área de servicio.
- El afiliado adquiere la elegibilidad para Medicare.

La cobertura bajo este certificado no terminará en función del estado de salud del afiliado, o si el afiliado ejerce su derecho a usar el procedimiento de quejas formales del plan de salud.

Restitución

Si la cobertura del afiliado se cancela por haber perdido la elegibilidad, y si el afiliado la recupera en un período de dos (2) meses calendario, la cobertura se restituirá automáticamente y al afiliado se le asignará su PCP anterior y quedará cubierto por este certificado. Si la elegibilidad no se recupera en dos (2) meses calendario, no se restituirá automáticamente la afiliación. El afiliado tendrá que completar una nueva solicitud de afiliación.

SERVICIOS CUBIERTOS

El plan de salud dará cumplimiento a los términos de 42 C.F.R. §438.206(b) y ofrecerá o coordinará la provisión de todos los servicios para afiliados descritos en el Código Adm. 89 Ill., Parte 140, según se modifique de vez en vez y no se excluyan específicamente en ese documento de acuerdo con los términos del Contrato. Los servicios cubiertos se ofrecerán según la cantidad, duración y ámbito establecidos en el Código Adm. 89 Ill., Parte 140 y el Contrato, y será suficiente para lograr los fines para los cuales se prestan dichos servicios cubiertos. Inicialmente, los servicios cubiertos se harán en fases como dos (2) paquetes de servicios como sigue:

Paquete de servicios I.
El plan de salud ofrecerá o coordinará la provisión de los servicios cubiertos para el Paquete de Servicios I, que incluye todos los servicios y beneficios establecidos abajo, a los afiliados en todo momento durante del término de este certificado, cuando sea necesario por razones médicas, excepto en la medida en que los servicios se identifiquen como servicios excluidos.

Servicios cubiertos

El Programa de cuidado médico integrado de Humana en Illinois cubre todos los servicios de Medicaid de Illinois.

Tipo de cuidado	Servicios cubiertos	Limitaciones en la cobertura y los beneficios	Usted paga
Abortos	La interrupción del embarazo puede ofrecerse únicamente según lo permitan las leyes y reglamentaciones federales y estatales aplicables.	Beneficio cubierto cuando sea necesario para preservar la vida o la salud de la mujer, o cuando el embarazo sea resultado de violación o incesto.	$0
Servicios cubiertos por enfermeros practicantes avanzados	Servicios médicos y preventivos ofrecidos por enfermeros obstetras certificados, profesionales de enfermería certificados y enfermeros pediatras certificados.	Beneficio cubierto. Podría requerirse autorización previa y referido.	$0
Cirugía ambulatoria	• Exámenes prequirúrgicos • Servicios de quirófano y salas de recuperación. • Todos los medicamentos y drogas requeridos.	Beneficio cubierto.	$0

Servicios cubiertos

El Programa de cuidado médico integrado de Humana en Illinois cubre todos los servicios de Medicaid de Illinois.

Tipo de cuidado	Servicios cubiertos	Limitaciones en la cobertura y los beneficios	Usted paga
Salud del comportamiento	Los servicios de salud del comportamiento incluyen, entre otros: • Evaluación de la salud del comportamiento o evaluación psicológica, o ambos. • Terapia farmacológica. • Respaldo y tratamiento comunitario, incluidos servicios de respaldo de especialistas de apoyo individual o familiar. • Terapia y asesoramiento. • Servicios en centros comunitarios de salud mental (CMHC, por sus siglas en inglés). • Servicios ofrecidos mediante la opción clínica de Medicaid o la opción de rehabilitación de Medicaid.	Beneficio cubierto. Puede haber requisitos de autorización previa, referido u otros límites.	$0
	El tratamiento subagudo de alcoholismo y abuso de sustancias incluye, entre otros: • Tratamiento ambulatorio. • Tratamiento residencial. • Destoxificación. • Servicios de evaluación psiquiátrica. • Tratamiento diurno.	Beneficio cubierto. Puede haber requisitos de autorización previa, referido u otros límites.	$0

Servicios cubiertos

El Programa de cuidado médico integrado de Humana en Illinois cubre todos los servicios de Medicaid de Illinois.

Tipo de cuidado	Servicios cubiertos	Limitaciones en la cobertura y los beneficios	Usted paga
Quiroprácticos	Los servicios están limitados al tratamiento de la columna mediante manipulación manual para corregir una subluxación de la columna.	Beneficio cubierto para afiliados menores de 21 años. Podría requerirse autorización previa y referido. Servicios no cubiertos: • Servicios ofrecidos a afiliados de 21 años de edad y mayores. • Servicios ofrecidos a afiliados en establecimientos de cuidado médico grupal por un proveedor que se beneficie directa o indirectamente por ser propietario total o parcial de dicho establecimiento. • Visitas al consultorio - Diagnóstico o examen de detección • Tratamiento cuando no hay una patología definitiva. • Terapia de mantenimiento	$0
Cirugía o procedimientos cosméticos	El plan cubre cirugía cosmética cuando es necesaria por razones médicas debido a lesión accidental o para mejorar la función de una parte corporal malformada.	Beneficio cubierto cuando es necesario por razones médicas. Podría requerirse autorización previa y referido.	$0

Servicios cubiertos

El Programa de cuidado médico integrado de Humana en Illinois cubre todos los servicios de Medicaid de Illinois.

Tipo de cuidado	Servicios cubiertos	Limitaciones en la cobertura y los beneficios	Usted paga
Seguro dental	• Visitas de "práctica" para afiliados que tienen discapacidades de desarrollo o enfermedades mentales graves, para que se sientan más cómodos en el consultorio del dentista. A continuación se indican los beneficios para menores de 21 años de edad • Exámenes orales limitados a cada 6 meses en un consultorio y uno cada 12 meses en un entorno escolar. • Limpiezas limitadas a una cada 6 meses en un consultorio o entorno escolar. • Rayos X (incluidas aletas de mordida, radiografía panorámica). • Tratamientos con flúor limitados a uno cada 6 meses en un consultorio o entorno escolar. • Sellantes • Empastes • Coronas • Tratamientos de conducto • Dentaduras postizas (completa y parcial) • Prótesis maxilofacial • Extracciones • Protectores de espacio • Pulpotomía • Gingivectomía • Alisado y raspado radicular • Puente • Alveoloplastia • Servicios de ortodoncia • Anestesia • Sedación • Inyección farmacológica terapéutica	Beneficio cubierto. Comuníquese con DentaQuest a la línea gratuita 1-855-343-7400. TTY: 1-800-466-7566 Puede haber requisitos de autorización previa, referido u otros límites.	$0

Servicios cubiertos

El Programa de cuidado médico integrado de Humana en Illinois cubre todos los servicios de Medicaid de Illinois.

Tipo de cuidado	Servicios cubiertos	Limitaciones en la cobertura y los beneficios	Usted paga
Dental (continuación)	A continuación están los beneficios para menores de 20 años de edad. • Exámenes orales (cada 6 meses). • Rayos X (incluidas aletas de mordida, radiografía panorámica). • Limpieza profiláctica (una vez cada 6 meses) • Empastes • Sedación • Coronas • Tratamiento de conducto • Alveoloplastia • Dentadura postiza (completa) • Inyección farmacológica terapéutica • Extracciones • Prótesis maxilofacial • Anestesia Adultas embarazadas Servicios necesarios para la salud de la mujer embarazada antes del parto, incluidos los siguientes: Exámenes orales Profilaxis Alisado y raspado radicular. Desbridamiento bucal completo por evaluación periodontal completa.	Beneficio cubierto. Comuníquese con DentaQuest a la línea gratuita 1-855-343-7400. TTY: 1-800-466-7566 Puede haber requisitos de autorización previa, referido u otros límites.	$0
Diálisis – Pacientes ambulatorios	Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios.	Beneficio cubierto.	$0

Servicios cubiertos

El Programa de cuidado médico integrado de Humana en Illinois cubre todos los servicios de Medicaid de Illinois.

Tipo de cuidado	Servicios cubiertos	Limitaciones en la cobertura y los beneficios	Usted paga
Suministros y equipo médico duradero y no duradero	Suministros médicos no duraderos que incluyen, entre otros: • Suministros médicos para el asma como medidor de flujo espiratorio máximo (sin incluir el medicamento). • Suministros para pruebas para la diabetes como glucómetro (sin incluir el medicamento). Suministros médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés) que incluyen, entre otros: • Zapatos y plantillas para diabéticos. • Dispositivos ortopédicos. • Sillas de ruedas. • Suministros para oxígeno, incluido equipo respiratorio. • Monitores para la apnea. • Dispositivos generadores del habla.	Beneficio cubierto. Puede haber requisitos de autorización previa u otros límites. El afiliado debe usar una compañía de suministros médicos o farmacia que estén dentro de la red.	$0
Servicios de detección, diagnóstico, tratamiento temprano y periódico (EPSDT)	Examen de detección completo, servicios dentales, de la vista y la audición, tratamiento, inmunizaciones y servicios de diagnóstico necesarios para corregir o mejorar problemas de salud con base en ciertos lineamientos federales.	Beneficio cubierto para afiliados menores de 21 años. Podría requerirse autorización previa y referido.	$0
Sala de emergencias	Usted puede ir a cualquier sala de emergencias si cree con justa razón que necesita cuidado médico de emergencia.	Beneficio cubierto.	$0
Transporte de emergencia	Servicios de ambulancia necesarios por razones médicas.	Beneficio cubierto.	$0

Servicios cubiertos

El Programa de cuidado médico integrado de Humana en Illinois cubre todos los servicios de Medicaid de Illinois.

Tipo de cuidado	Servicios cubiertos	Limitaciones en la cobertura y los beneficios	Usted paga
Cuidado de los ojos	• Examen ocular de rutina (1 por año). • Anteojos (1 par por año). • Anteojos o lentes de contacto necesarios por razones médicas. • Una montura de reemplazo podría tener cobertura solo cuando la montura existente está rota y no pueda repararse, o se haya extraviado. Esto incluye lentes y monturas. • Las nuevas partes para la montura, incluidos frentes, sienes, etc., tienen cobertura cuando se usan para reparar la montura existente. • Si uno o ambos lentes están rotos, pero la montura sigue sirviendo, el lente o lentes pueden reemplazarse. Solo cuando es necesario por razones médicas: • Exámenes de la vista • Lentes o lentes de contacto y servicios relacionados. • Ojo artificial. • Dispositivos para la vista deficiente. • Lentes de policarbonato para anteojos para adultos, 21 y más años de edad. (Los lentes de policarbonato para menores hasta los 20 años de edad no requieren aprobación previa.)	Beneficio cubierto. Comuníquese con EyeMed a la línea gratuita 1-888-289-0595. Limitaciones en exámenes de rutina: • 1 por año. Limitaciones en anteojos o lentes de contacto: • 1 par por año para afiliados menores de 21 años. • 1 par cada 2 años para afiliados de 21 y más años de edad.	$0

Servicios cubiertos

El Programa de cuidado médico integrado de Humana en Illinois cubre todos los servicios de Medicaid de Illinois.

Tipo de cuidado	Servicios cubiertos	Limitaciones en la cobertura y los beneficios	Usted paga
Planificación familiar	Incluye, entre otros: • Visita al proveedor. • Educación y asesoramiento sobre control de la natalidad y planificación familiar. • Anticonceptivos (control de la natalidad). • Pruebas para enfermedades de transmisión sexual y VIH. • Esterilización.	Beneficio cubierto. Las limitaciones en la esterilización incluyen: • Debe tener 21 años o más. • Formulario de consentimiento diligenciado.	$0
Servicios para la audición	Incluye: • Exámenes de la audición básicos y avanzados. • Exámenes y evaluación para audífonos, audífono, asesoramiento, adaptación del audífono. (El reemplazo se hace a los tres años de la compra inicial o previa.) • La cobertura también incluye accesorios para el audífono (un promedio de dieciséis (16) pilas por audífono en un periodo de 60 días), reemplazo de partes y reparaciones. • La entrega de un audífono debe incluir una garantía de un año como mínimo sin costo para el plan. • Excepción: no se pagarán las pilas para audífonos para residentes en un establecimiento de cuidado médico prolongado (LTC, por sus siglas en inglés). Es responsabilidad del establecimiento de LTC.	Beneficio cubierto. Los siguientes artículos o servicios pueden ofrecerse solo con aprobación previa: • Audífonos biauriculares para adultos (personas mayores de 18 años de edad). • Audífono monoauricular – con creación de una situación biauricular para adultos (personas mayores de 18 años de edad). • Audífono y tarifa de suministro - el reemplazo se hace a los tres años de la compra inicial o previa. • Excede límites en la cantidad en los plazos de tiempo asignados. Costos de la reparación por encima de $250.00.	$0

Servicios cubiertos

El Programa de cuidado médico integrado de Humana en Illinois cubre todos los servicios de Medicaid de Illinois.

Tipo de cuidado	Servicios cubiertos	Limitaciones en la cobertura y los beneficios	Usted paga
Servicios para la audición (continuación)		Podría requerirse autorización previa y referido. Los servicios no cubiertos incluyen: • Exámenes periódicos de rutina cuando no hay un problema identificado. • Examen requerido para determinar discapacidad o incapacidad. • Servicios ofrecidos en instituciones federales o estatales. • Gastos asociados con el franqueo y trámite de cualquier artículo. • Gastos de viaje para proporcionar exámenes. Los servicios deben necesarios por razones médicas.	
Cuidado médico a domicilio	Incluye servicios intermitentes y médicamente necesarios de cuidado de enfermería especializado, servicios de asistencia de salud en el hogar, rehabilitación, etc.	Beneficio cubierto. Podría requerirse autorización previa y referido.	$0

Servicios cubiertos

El Programa de cuidado médico integrado de Humana en Illinois cubre todos los servicios de Medicaid de Illinois.

Tipo de cuidado	Servicios cubiertos	Limitaciones en la cobertura y los beneficios	Usted paga
Hospital - paciente internado	Usted tiene cobertura para un número ilimitado de días necesarios por razones médicas. Los siguientes servicios están cubiertos, y posiblemente otros dispositivos no enumerados aquí: • Habitación semiprivada (o privada si es necesario por razones médicas). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios regulares de enfermería. • Costos de unidades de cuidado médico especial (como unidades de cuidado intensivo o de cuidado coronario). • Medicamentos. • Pruebas de laboratorio. • Rayos X y otros servicios de radiología. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Aparatos, como sillas de ruedas. • Servicios de quirófano y sala de recuperación. • Terapia física, ocupacional y del habla. • Servicios para la farmacodependencia como paciente internado. • Sangre, incluido el almacenamiento, componentes de la sangre y su administración. • Servicios de médicos. • Servicios posteriores a la estabilización.	Beneficio cubierto. Podría requerirse autorización previa y referido.	$0

Servicios cubiertos

El Programa de cuidado médico integrado de Humana en Illinois cubre todos los servicios de Medicaid de Illinois.

Tipo de cuidado	Servicios cubiertos	Limitaciones en la cobertura y los beneficios	Usted paga
Hospital – paciente ambulatorio	Cubriremos los siguientes servicios necesarios por razones médicas y quizás otros servicios no enumerados que podría recibir en el departamento de servicios ambulatorios de un hospital: • Diálisis. • Servicios de sala de emergencias. • Terapia física, ocupacional o del habla. • Audiólogos. • Los medicamentos ordenados por un médico. • Sangre, incluido el almacenamiento, componentes de la sangre y su administración. • Servicios para prevenir o diagnosticar afecciones. • Servicios terapéuticos y de rehabilitación. • Laboratorios y pruebas de diagnóstico. • Rayos X y otros servicios de radiología.	Beneficio cubierto. Podría requerirse autorización previa y referido.	$0
Vacunas (dosis)	• Vacuna contra la neumonía. • Vacunas contra la gripe, una vez al año en otoño o invierno. • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o moderado de contraer esta enfermedad. • También damos cobertura a ciertas vacunas con nuestro beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.	Beneficio cubierto. Podría requerirse autorización previa y referido.	$0
Servicios de laboratorio y radiografías	Rayos X y servicios de laboratorio de diagnóstico necesarios por razones médicas.	Beneficio cubierto. Podría requerirse autorización previa y referido.	$0
Servicios de enfermeros obstetras	Servicios ofrecidos por un enfermero obstetra para el embarazo y el parto.	Beneficio cubierto. Podría requerirse autorización previa y referido.	$0

Servicios cubiertos

El Programa de cuidado médico integrado de Humana en Illinois cubre todos los servicios de Medicaid de Illinois.

Tipo de cuidado	Servicios cubiertos	Limitaciones en la cobertura y los beneficios	Usted paga
Cuidado por maternidad	• Cuidado prenatal (antes del nacimiento). • Trabajo de parto y parto. • Cuidado postparto (después de que nace el bebé).	Beneficio cubierto. Podría requerirse autorización previa y referido.	$0
Cuidado de enfermería	Los afiliados menores de 21 años de edad pueden recibir servicios de cuidado personal y servicios de enfermería domiciliaria necesarios por razones médicas por parte de un enfermero registrado (RN, por sus siglas en inglés), un practicante de enfermería certificado (LPN, por sus siglas en inglés) o un auxiliar de enfermería certificado bajo la dirección de una agencia para el cuidado médico en el hogar calificada. Cuidado de enfermería para la transición de menores de un hospital a un hogar u otro entorno apropiado para afiliados menores de 21 años de edad.	Beneficio cubierto para afiliados menores de 21 años de edad que no están en un programa de exención de HCBS para personas dependientes de la tecnología o médicamente frágiles (MFTD, por sus siglas en inglés) con grandes necesidades médicas y que requieren cuidado de enfermería especializada permanente. La agencia de cuidado médico en el hogar que ofrece los servicios de enfermería debe estar en nuestra red. Hasta un máximo de 120 días para hacer la transición de menores de 21 años de edad. Podría requerirse autorización previa y referido.	$0
Servicios en instalaciones de enfermería especializada	Establecimiento debidamente certificado por el estado, el cual ofrece cuidado de enfermería especializada para pacientes internados con enfermedades agudas, servicios de rehabilitación de enfermedades agudas u otros servicios relacionados de salud de situaciones agudas.	Beneficio cubierto.	$0
Trasplante de órganos	Médula ósea, células madre, intestino delgado e hígado/intestino delgado en pacientes pediátricos, corazón, corazón/pulmón, pulmón (uno o dos), hígado, páncreas, riñón/páncreas y otros tipos de trasplante podrían tener cobertura siempre y cuando el hospital esté certificado por el departamento para llevar a cabo el trasplante.	Beneficio cubierto. Podría requerirse autorización previa y referido.	$0

Servicios cubiertos

El Programa de cuidado médico integrado de Humana en Illinois cubre todos los servicios de Medicaid de Illinois.

Tipo de cuidado	Servicios cubiertos	Limitaciones en la cobertura y los beneficios	Usted paga
Aparatos ortopédicos y prótesis	Cobertura para aparatos ortopédicos y prótesis.	Beneficio cubierto. Podría requerirse autorización previa y referido.	$0
Servicios paliativos y de hospicio	Servicios para enfermos terminales.	Beneficio cubierto. Podría requerirse autorización previa y referido.	$0
Visitas al PCP	Visitas a su proveedor de cuidado primario.	Beneficio cubierto.	$0
Servicios de podología	Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies. • Cuidado de los pies de rutina para afiliados con ciertas afecciones médicas en las extremidades inferiores.	Beneficio cubierto. Podría requerirse autorización previa y referido.	$0
Medicamentos recetados y medicamentos de venta sin receta	Humana es un plan de medicamentos preferidos obligatorio. Un medicamento preferido es equivalente a un medicamento de marca. Los medicamentos preferidos son aquellos que queremos que su proveedor recete antes de seleccionar medicamentos de marca. Los medicamentos de venta sin receta podrían estar cubiertos cuando su proveedor los recete.	Beneficio cubierto. Podría requerirse autorización previa. Consulte la página 32 para más detalles sobre farmacias, copagos y exenciones de copagos.	Suministro de 30 días: $2.00 para medicamentos genéricos* $3.90 para medicamentos de marca* $0 para OTC de Medicaid
Visitas al consultorio del proveedor / cuidado preventivo	Incluye: • Consultas periódicas de bienestar para adolescentes • (afiliados de 19 a 20 años de edad) • Consultas de bienestar para la mujer. • Consultas de bienestar para el hombre.	Beneficio cubierto. Podría requerirse autorización previa y referido.	$0
Radiología	Servicios de diagnóstico y de radiología terapéutica.	Beneficio cubierto. Podría requerirse autorización previa y referido.	$0

Servicios cubiertos

El Programa de cuidado médico integrado de Humana en Illinois cubre todos los servicios de Medicaid de Illinois.

Tipo de cuidado	Servicios cubiertos	Limitaciones en la cobertura y los beneficios	Usted paga
Servicios de rehabilitación	Incluye, entre otros: • Terapia ocupacional. • Fisioterapia. • Terapia del habla y el lenguaje.	Beneficio cubierto. Podría requerirse autorización previa y referido.	$0
Exámenes de detección, evaluación y servicios de respaldo (SASS, por sus siglas en inglés)	Programa de intervención de crisis para afiliados menores de 21 años de edad.	Beneficio cubierto. Menores de 21 años de edad.	$0
Servicios de transporte	$0 de copago por viajes ilimitados completos a lugares aprobados por el plan cada año en taxi, autobús/metro, camioneta y transporte médico.	Viajes autorizados a farmacias posteriores a la consulta con su médico, centros de convalecencia y otros servicios cubiertos.	$0

*Algunos afiliados podrían ser elegibles para exenciones de copago. Consulte la página 41 para más detalles sobre farmacias.

Servicios preventivos cubiertos

El Programa de cuidado médico integrado de Humana en Illinois cubre los siguientes servicios preventivos.

Tipo de cuidado	Servicios cubiertos	Limitaciones en la cobertura y los beneficios
Servicios preventivos	• Examen de detección de aneurismas en la aorta abdominal. • Consulta anual de bienestar. • Medición de la masa ósea. • Examen de detección de cáncer de mama (mamografías). • Servicios de rehabilitación cardiaca. • Consulta para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad cardiovascular). • Examen de detección de enfermedades cardiovasculares. • Examen de detección de cáncer cervical y vaginal. • Examen de detección de cáncer colorrectal. • Asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco. • Examen de detección de depresión. • Examen de detección de diabetes. • Capacitación para la autosupervisión de la diabetes, y servicios y suministros para la diabetes. • Examen de detección de glaucoma. • Exámenes de detección del VIH. • Vacunas • Detección de obesidad y tratamiento para mantener un peso bajo. • Exámenes de detección de cáncer de próstata. • Examen físico de rutina. • Examen de detección de infecciones de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés) y asesoría.	Beneficio cubierto. Se pueden aplicar limitaciones.

Paquete de servicios II.

El plan de salud ofrecerá, o coordinará la prestación del Paquete de Servicios II, el cual incluirá todos los servicios en el Paquete de Servicios I y los servicios adicionales descritos abajo. Los servicios de asistente personal en el Paquete de Servicios II se considerarán servicios cubiertos solo si dichos servicios pueden incluirse de manera consistente con cualquier contrato colectivo de trabajo existente, o carta acompañante pertinente, entre el Departamento de servicios centrales administrativos de Illinois y el SEIU.

Servicios cubiertos del LTSS

El Programa de cuidado médico integrado de Humana en Illinois cubre todos los servicios de Medicaid de Illinois.

Tipo de cuidado	Servicios cubiertos	Limitaciones en la cobertura y los beneficios	Usted paga
Equipo de adaptación	Este servicio incluye dispositivos, controles o aparatos, especificados en el plan de cuidado, que le permiten al afiliado incrementar su capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, o para percibir, controlar o comunicarse con el entorno en el que viven.	Requiere elegibilidad para exención. Podría requerirse autorización previa y referido.	$0
Servicios diurnos para adultos	Este es un programa comunitario diurno para adultos que no viven en centros para personas con necesidades de apoyo. El servicio de asistencia ambulatoria diurna para adultos ofrece una variedad de servicios sociales, recreativos, de salud y nutrición, y servicios de apoyo relacionados en un entorno protector. Este servicio incluye el transporte completo al centro y el almuerzo.	Requiere elegibilidad para exención. Podría requerirse autorización previa y referido.	$0
Servicios para el comportamiento	Estos servicios son terapias para el comportamiento diseñadas para ayudar a afiliados con lesiones cerebrales a que manejen su comportamiento y pensamiento, y para mejorar su capacidad para vivir de manera independiente.	Requiere elegibilidad para exención. Podría requerirse autorización previa y referido.	$0
Habilitación diurna	Este servicio ofrece a afiliados con lesiones cerebrales capacitación en habilidades para vivir de manera independiente, como ayuda para ganar, mantener o mejorar habilidades de autoayuda, socialización y adaptación. Este servicio también ayuda al afiliado a obtener o mantener el máximo nivel funcional.	Requiere elegibilidad para exención. Podría requerirse autorización previa y referido.	$0
Sistema de respuesta para casos personales de emergencia	El equipo electrónico da a los afiliados acceso las 24 horas a ayuda en casos de emergencia. El equipo está conectado a su línea telefónica y llama al centro de respuesta u otras formas de ayuda una vez que se oprime el botón.	Requiere elegibilidad para exención. Podría requerirse autorización previa y referido.	$0

Servicios cubiertos del LTSS

El Programa de cuidado médico integrado de Humana en Illinois cubre todos los servicios de Medicaid de Illinois.

Tipo de cuidado	Servicios cubiertos	Limitaciones en la cobertura y los beneficios	Usted paga
Servicios para facilitar la adaptación y el acceso en el entorno	Estas son modificaciones físicas que se hacen en el hogar del afiliado. Las modificaciones deben ser necesarias para respaldar la salud, el bienestar y la seguridad del afiliado, y para permitir que el afiliado se desenvuelva con más independencia en su casa. Sin las modificaciones, el afiliado requeriría algún tipo de arreglo para vivir en una institución, como una instalación con cuidado de enfermería o un centro de residencia asistida. Las adaptaciones que no favorecen la seguridad o independencia del afiliado no están incluidas en este servicio, como colocación de alfombras nuevas, reparación de techos, instalación de aire acondicionado central o ampliaciones de la casa.	Requiere elegibilidad para exención. Podría requerirse autorización previa y referido.	$0
Comidas entregadas a domicilio	Alimentos preparados que se llevan al hogar del afiliado y que pueden consistir de un almuerzo o cena calientes (o ambos), los cuales pueden refrigerarse para comer después. Este servicio está pensado para el afiliado que no puede preparar su propia comida pero que puede alimentarse solo.	Requiere elegibilidad para exención. Podría requerirse autorización previa y referido.	$0
Asistente de cuidado médico en el hogar	Es una persona que trabaja bajo la supervisión de un profesional médico, un enfermero o fisioterapeuta, para ayudar al afiliado con servicios de cuidado de la salud básicos, como asistencia con los medicamentos, cuidado de enfermería, fisioterapia, y terapia ocupacional y del lenguaje.	Requiere elegibilidad para exención. Podría requerirse autorización previa y referido.	$0
Servicios domésticos en el hogar	Cuidador a domicilio contratado a través de una agencia. El cuidador colabora con las tareas domésticas, como preparar comida, hacer compras, hacer limpieza superficial y lavar ropa. El cuidador también puede ayudar con cuestiones prácticas propias del cuidado personal, como higiene, baño, arreglo y alimentación.	Requiere elegibilidad para exención. Podría requerirse autorización previa y referido.	$0

Servicios cubiertos del LTSS

El Programa de cuidado médico integrado de Humana en Illinois cubre todos los servicios de Medicaid de Illinois.

Tipo de cuidado	Servicios cubiertos	Limitaciones en la cobertura y los beneficios	Usted paga
Cuidado de enfermería especializada	Este servicio ofrece servicios de cuidado de enfermería especializada a un afiliado en su hogar para necesidades de sanación aguda a corto plazo, con el fin de recuperar y mantener el máximo nivel de funcionamiento y salud del afiliado. Estos servicios se proporcionan en lugar de una hospitalización o la estadía en un centro de enfermería. Se requiere la indicación de un médico para este servicio.	Requiere elegibilidad para exención. Podría requerirse autorización previa y referido.	$0
Servicios de enfermería – intermitente	Este servicio se centra en necesidades a largo plazo, en lugar de necesidades de sanación aguda a corto plazo, como jeringas de insulina semanales o la preparación de Medi-Set para afiliados que no pueden hacerlo por sí mismos. Estos servicios se proporcionan en lugar de una hospitalización o la estadía en un centro de enfermería. Se requiere la indicación de un médico para este servicio.	Requiere elegibilidad para exención. Podría requerirse autorización previa y referido.	$0
Asistente personal	Cuidador en el hogar contratado y gestionado por el afiliado. El afiliado debe ser capaz de llevar a cabo diferentes tareas propias de un empleador, como contratar al cuidador, administrar su tiempo y planillas de trabajo, y completar otros papeles del empleado. El cuidador colabora con las tareas domésticas, como preparar comida, hacer compras, hacer limpieza superficial y lavar ropa. El cuidador también puede ayudar con cuestiones prácticas propias del cuidado personal, como higiene, baño, arreglo y alimentación. Los asistentes personales pueden incluir a otros cuidadores directos independientes, como enfermeros registrados, auxiliares de enfermería y asistentes de cuidado médico en el hogar.	Requiere elegibilidad para exención. Podría requerirse autorización previa y referido.	$0
Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del lenguaje	Son servicios diseñados para mejorar y restaurar el funcionamiento de una persona, e incluyen fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del lenguaje.	Requiere elegibilidad para exención. Podría requerirse autorización previa y referido.	$0

Servicios cubiertos del LTSS

El Programa de cuidado médico integrado de Humana en Illinois cubre todos los servicios de Medicaid de Illinois.

Tipo de cuidado	Servicios cubiertos	Limitaciones en la cobertura y los beneficios	Usted paga
Servicios prevocacionales	Este servicio es para afiliados con lesiones cerebrales y ofrece experiencias de trabajo y capacitación diseñados para ayudar a desarrollar las habilidades necesarias para tener empleo en la fuerza de trabajo general. Los servicios incluyen la enseñanza de conceptos como cumplimiento, asistencia, finalización del trabajo, resolución de problemas y seguridad.	Requiere elegibilidad para exención. Podría requerirse autorización previa y referido.	$0
Cuidado de relevo	Este servicio ofrece relevo para familiares sin remuneración o cuidadores principales que cubren todas las necesidades del afiliado. El cuidador de relevo asiste al afiliado en todas las necesidades diarias cuando el cuidador principal o familiar está ausente. El cuidado de relevo puede ser ofrecido por un ama de casa, un asistente personal, un enfermero o en un centro de servicios diurnos para adultos.	Requiere elegibilidad para exención. Podría requerirse autorización previa y referido.	$0
Empleo asistido	El empleo asistido incluye actividades necesarias para mantener trabajo remunerado por personas que reciben servicios de exención, incluida la supervisión y la capacitación.	Requiere elegibilidad para exención. Podría requerirse autorización previa y referido.	$0
Programa para personas con necesidades de apoyo	Un centro de residencia asistida es una opción de vivienda que ofrece a los afiliados un gran número de servicios de apoyo para cubrir sus necesidades de manera que mantengan la mayor independencia posible. Estos son algunos ejemplos de servicios de asistencia para satisfacer estas necesidades: tareas domésticas, cuidado personal, supervisión de medicamentos, compras y programas sociales. La residencia asistida no ofrece apoyos o servicios médicos de complejidad.	Requiere elegibilidad para exención. Podría requerirse autorización previa y referido.	$0

Servicios excluidos

Los servicios siguientes no son servicios cubiertos:

- Servicios ofrecidos en un establecimiento estatal operado como hospital psiquiátrico como resultado de un compromiso forense
- Servicios ofrecidos a través de una agencia educativa local (LEA, por sus siglas en inglés);

- Servicios de naturaleza experimental o investigativa;
- Servicios ofrecidos por una proveedor no afiliado y no autorizado por el plan de salud, a menos que el contrato requiera específicamente que dichos servicios sean servicios cubiertos;
- Servicios ofrecidos sin el referido requerido o la autorización previa según se establece en el manual del proveedor;
- Servicios médicos y quirúrgicos ofrecidos únicamente con fines cosméticos; y
- Procedimientos de diagnóstico y terapéuticos relacionados con la infertilidad o la esterilidad.

Limitaciones en servicios cubiertos

Los siguientes servicios y beneficios estarán limitados como servicios cubiertos:

- La interrupción del embarazo puede ofrecerse solo según lo permitan las leyes federales y estatales aplicables (42 C.F.R. Parte 441, Subparte E). En cualquier caso, deben acatarse completamente los requisitos de dichas leyes y deberá completarse el Formulario 2390 del HFS y archivarse en el expediente médico de la afiliada. La interrupción del embarazo no se ofrecerá a afiliadas elegibles en el Programa estatal de seguro médico infantil (215 ILCS 106).
- Los servicios de esterilización pueden ofrecerse solo según lo permitan las leyes federales y estatales (consulte 42 C.F.R. Parte 441, Subparte F). En cualquier caso, deben acatarse completamente los requisitos de dichas leyes y deberá completarse un Formulario 2189 del HFS y archivarse en el expediente médico del afiliado.
- Si se lleva a cabo una histerectomía, deberá completarse un Formulario 1977 del HFS y archivarse en el expediente médico de la afiliada.

Servicios no cubiertos por el plan de salud

Estos son algunos servicios adicionales que el plan de salud no cubre. Estos servicios tampoco los cubre Medicaid de Illinois. Si desea más información, comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados al teléfono 1-800-764-7591.

- Procedimientos experimentales u orientados a la investigación.
- Cirugía o procedimientos cosméticos.
- Exámenes de infertilidad y tratamiento; inseminación artificial.
- Consulta solicitada por una agencia o tercera parte.
- Acupuntura.
- Exámenes médicos requeridos para programas educativos o vocacionales para adultos.
- Cualquier servicio que pueda obtener sin cobro del estado o agencias de salud locales.
- Servicios prohibidos por las leyes estatales o federales.
- Autopsias.
- Citas no atendidas.
- Preparación de expedientes, formularios e informes de rutina.
- Consultas médicas con cualquier persona que no sea el paciente.
- Artículos o servicios que no sean necesarios por razones médicas.
- Servicios ofrecidos sin un referido requerido o autorización previa.
- Aborto electivo.

- Cuidado médico ofrecido por correo o por teléfono, excepto para servicios de telemedicina aprobados.
- Dentaduras postizas parciales para adultos de 20 y más años de edad.
- Servicios de proveedores que ya no están en nuestra red.

Referidos

Los servicios que se indican a continuación están disponibles sin que sea referido por el PCP del afiliado. Esto significa que el PCP no tiene que aprobar estos servicios para el afiliado:

- Servicios de emergencia.
- Servicios de obstetricia y ginecología.
- Servicios para la salud del comportamiento.
- Exámenes de rutina para la audición.
- Exámenes anuales para la vista y anteojos.
- Servicios dentales preventivos y de rutina.
- Vacunas e inmunizaciones.

Referido permanente

Los afiliados pueden solicitar al plan de salud que apruebe un referido permanente. El afiliado debe solicitar el referido de su PCP o WHCP.

El PCP o WHCP del afiliado debe consultar con el proveedor para determinar que el problema de salud del afiliado requiera que reciba atención continua de un profesional de la salud diferente al PCP. Si se aprueba el referido permanente, el afiliado no tendrá que obtener un referido para cada visita al proveedor en el referido permanente para el periodo del referido.

El periodo del referido estará en el referido por escrito. No puede ser más largo que lo necesario para ofrecer el tratamiento listado en el referido. No puede durar más de un (1) año a partir de la aprobación del referido permanente. Caducará inmediatamente si el proveedor referido deja la red del plan de salud. El afiliado deberá obtener un nuevo referido de su PCP para poder recibir cuidado adicional.

Para solicitar un referido permanente, el afiliado debe enviar a su PCP o WHCP una solicitud por escrito con la siguiente información:

- El nombre del afiliado y el número de identificación del plan de salud que está en su tarjeta de identificación del plan de salud;
- El diagnóstico del proveedor de su afección de salud;
- El tratamiento recomendado por el proveedor;
- Una constancia con el periodo de tiempo que se requerirá para completar el tratamiento;
- El nombre, la dirección y el teléfono del proveedor en letra de molde; y
- La firma del proveedor participante.

Si el afiliado no proporciona la información anterior, el plan de salud no denegará un referido permanente sin tratar primero de ayudar al afiliado para que obtenga la información.

Si el plan de salud aprueba el referido permanente, el PCP dará un referido por escrito al afiliado que incluye los servicios autorizados por el referido permanente, y el periodo del referido. Un PCP puede renovar varias veces un referido permanente.

Si se aprueba el referido permanente, el afiliado será referido a un proveedor participante con quien el PCP tenga un arreglo para referidos. Si no hay un proveedor participante certificado que tenga un arreglo de referidos con el PCP del afiliado, el PCP dará un referido permanente a un proveedor participante que no tenga un arreglo con el PCP. Si el afiliado desea recibir cuidado de un proveedor participante que no tenga un arreglo de referidos con su PCP, el afiliado puede cambiar de PCP.

El proveedor de cuidado primario del afiliado seguirá coordinando el cuidado del afiliado. El proveedor participante podría no referir al afiliado a otros profesionales de la salud. El afiliado debe obtener referidos adicionales para cualquier otro profesional de la salud del proveedor de cuidado primario del afiliado.

Si el plan de salud deniega la solicitud para un referido permanente del afiliado, podrá apelar la decisión del plan de salud a través del proceso de revisión externa que se describe en la página 51.

Cómo obtener servicios aprobados / autorizados

Algunos servicios requieren un referido del PCP del afiliado y una autorización previa del plan de salud antes de que el afiliado pueda recibirlos. El PCP solicitará esta aprobación y programará estos servicios. Si el afiliado no obtiene la aprobación de su PCP, es posible que deba pagar el cuidado o los servicios médicos.

Servicios que requieren autorización previa

Los servicios siguientes podrían requerir una autorización previa del plan de salud. Si desea más información, comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados al teléfono 1-800-764-7591.

- Hospitalizaciones, incluida admisiones para destoxificación, rehabilitación, cuidado intensivo prolongado (LTAC, por sus siglas en inglés) y salud del comportamiento.
- Equipo médico duradero o prótesis.
- Suministros.
- Cuidado por maternidad.
- Servicios de radiología.
- Cuidado médico a domicilio.
- Servicios ambulatorios y comunitarios de salud del comportamiento.
- Servicios de trasplantes.
- Quimioterapia y radioterapia.
- Servicios de terapia de rehabilitación ambulatoria.
- Cuidado de enfermería especializada.
- Servicios quiroprácticos.
- Cuidado especializado.
- Servicios de podología.
- Procedimientos de diagnóstico ambulatorios, pruebas y servicios de laboratorio, incluidos servicios para estudios del sueño.
- Servicios ambulatorios en el hospital.
- Servicios de centros de cirugía ambulatoria.
- Servicios de productos sanguíneos ambulatorios.
- Servicios de transporte.

- Servicios y suministros para diabéticos.
- Servicios por enfermedad renal en etapa terminal.
- Asesoramiento para dejar de fumar, incluido el asesoramiento para mujeres embarazadas.
- Hospicio.
- Telesalud.
- Servicios de educación por enfermedad renal.
- Capacitación para la autosupervisión de diabetes.
- Ciertos medicamentos.

Servicios para la salud del comportamiento

Para servicios de salud del comportamiento, comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados al teléfono 1-800-764-7591. El personal del Departamento de servicios para afiliados puede responder preguntas sobre los servicios de salud del comportamiento y ayudarle a encontrar un proveedor que le pueda ayudar a sentirse mejor.

Proveedor de cuidado de la salud del comportamiento

- Los afiliados pueden seleccionar a un proveedor de cuidado de la salud del comportamiento del plan de salud en su área si se comunican con el Departamento de servicios para afiliados al teléfono 1-800-764-7591.
- No es necesario que sea referido por su proveedor de cuidado primario para obtener servicios para la salud del comportamiento. Si desea cambiar de proveedor de cuidado de la salud del comportamiento, comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados al teléfono 1-800-764-7591.
- El proveedor de cuidado de la salud del comportamiento se encargará de los preparativos necesarios, las aprobaciones y los referidos para especialistas en salud del comportamiento y hospitales.
- Si desea una lista de los proveedores en su localidad, consulte el directorio de proveedores de Medicaid del plan de salud.
- Si no está contento con su proveedor de cuidado de la salud del comportamiento, puede elegir otro proveedor participante sin costo para usted.

Servicios cubiertos para la salud del comportamiento

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

- Cuidado psiquiátrico para pacientes internos en un hospital y estabilización de crisis.
- Asesoramiento.
- Servicios de evaluación y exámenes.
- Servicios de terapia y tratamiento.
- Servicios de rehabilitación.
- Servicios de tratamiento diurno.
- Servicios de abuso de sustancias.

Proveedor de cuidado primario

Proveedor de cuidado primario (PCP)

El PCP trabaja con el afiliado para coordinar todo su cuidado de la salud. El PCP hará chequeos médicos y tratará la mayoría de las necesidades de cuidado de la salud de rutina. Si es necesario, el PCP puede referir al afiliado a especialistas. Para comunicarse con el PCP, el afiliado puede llamar a su consultorio. En la tarjeta de identificación del plan de salud están impresos el nombre y el número de teléfono del PCP del afiliado. Es importante que el afiliado se comunique con su PCP cada vez que necesite cuidado médico. También es posible que al afiliado lo vea el asistente de su PCP o un enfermero.

Hogar médico

El PCP del afiliado se convertirá en su hogar médico. Como hogar médico, el PCP será la fuente principal del afiliado para el cuidado de la salud. El PCP le referirá a un especialista si es necesario. También ayudará a manejar las enfermedades crónicas del afiliado. Los afiliados deben tener una relación permanente y de confianza con su PCP. El PCP conoce los antecedentes médicos del afiliado. Un hogar médico también incluye el equipo de respaldo que trabaja con el PCP para coordinar los servicios y el cuidado que necesite el afiliado. El propósito es ayudar al afiliado a estar tan sano como sea posible.

Cuando el afiliado necesite ver a su PCP, debe llamar al consultorio para hacer una cita. El número de teléfono del PCP está en el reverso de la tarjeta de identificación del plan de salud. El Departamento de servicios para afiliados puede ayudar al afiliado a hacer su primera cita. Para recibir ayuda para programar una primera cita, comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados al teléfono 1-800-764-7591.

Es importante que el afiliado vaya a todas sus citas y que llegue al consultorio a tiempo. Si el afiliado no puede asistir a una cita, deberá llamar al consultorio del proveedor tan pronto como pueda. Cuando llame para cancelar, el afiliado puede hacer una nueva cita.

Tener un hogar médico es importante porque es el primer lugar al que irá un afiliado para recibir el cuidado necesario para mantener la salud. Esto es lo que significa tener un hogar médico:

El PCP personal del afiliado se familiarizará con él y le conocerá bien.

El PCP trabaja con otros proveedores de cuidado de la salud, como especialistas, proveedores de la salud del comportamiento y hospitales, para coordinar el cuidado médico del afiliado.

- El PCP personal del afiliado se familiarizará con él y le conocerá bien.
- El PCP trabaja con otros proveedores de cuidado de la salud, como especialistas, proveedores de la salud del comportamiento y hospitales, para coordinar el cuidado médico del afiliado.
- El afiliado recibirá un mejor cuidado médico porque su PCP conoce sus necesidades de cuidado de la salud.
- El afiliado puede entender mejor sus enfermedades y cómo cuidar de sí mismo.
- El afiliado sabrá cómo obtener sus medicamentos y cómo tomarlos.
- El afiliado usará la sala de emergencias únicamente para emergencias de cuidado médico.
- El PCP puede recurrir a otros integrantes del equipo para que el afiliado reciba un mejor cuidado.

El PCP podría ser uno de los siguientes tipos de proveedores de cuidado de la salud.

- Médico de familia.
- Médico general.

- Internista.
- Proveedor de cuidado de la salud de la mujer (WHCP) o ginecobstetra.

Un WHCP es un médico, profesional de enfermería u otro profesional que se especializa en obstetricia, ginecología o medicina familiar. Las afiliadas pueden elegir a un WHCP como su PCP, o pueden ver a un WHCP según lo necesiten sin necesidad de un referido.

Los afiliados indígenas americanos y nativos de Alaska pueden ver proveedores que estén designados como proveedores indígenas de cuidado de la salud si así lo desean. No están limitados a estos proveedores y pueden elegir a cualquier proveedor de la red. A los afiliados indígenas americanos y nativos de Alaska nunca se les cobrará ningún copago ni coseguro en este plan. Si requiere ayuda para encontrar un proveedor indígena de cuidado de la salud, comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados al teléfono 1-800-764-7591.

En algunos casos, un especialista puede ser un PCP. Si usted tiene un especialista que quiere ser su PCP, dicho especialista debe llamar al plan de salud. Los especialistas deben seguir un proceso para poder ser su PCP.

Cómo elegir a su PCP

Es muy probable que usted haya seleccionado a su PCP cuando se afilió al plan de salud. Si no seleccionó a su propio PCP, el ICES le habrá asignado uno. En su tarjeta de identificación están anotados el nombre y el número de teléfono de su PCP. La dirección de su PCP estará también en su carta de bienvenida. Si estos datos no están en su tarjeta de identificación, comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados al teléfono 1-800-764-7591.

Es importante que seleccione al PCP que sea adecuado para usted. Si no cuenta ya con un PCP y necesita ayuda para elegir uno, comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados al teléfono 1-800-764-7591.

Cómo cambiar su PCP

Esperamos que esté contento con su PCP. Pero, si lo desea, puede cambiarlo. Si quiere cambiar su PCP por cualquier motivo, debe comunicarse con el Departamento de servicios para afiliados al teléfono 1-800-764-7591 para informarnos de ello. Cambiaremos su PCP dentro de los 30 días siguientes a su solicitud. Le enviaremos una nueva tarjeta de identificación del afiliado en la que figura el nuevo PCP. El Departamento de servicios para afiliados del plan de salud también puede ayudarle a programar su primera cita en caso de ser necesario.

Para encontrar los PCP, puede proceder de una de las siguientes maneras:

- Consulte nuestro directorio de proveedores.
- Consulte nuestro sitio web en **www.humana.com/Medicaid**.
- Llamar al Departamento de servicios para afiliados al teléfono 1-800-764-7591.

Si necesita una copia del directorio de proveedores, comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados al teléfono 1-800-764-7591.

Es posible que no pueda hacer el cambio si el nuevo PCP que desea no acepta nuevos pacientes o si hay otras restricciones. Llámenos por favor si necesita ayuda.

Si un PCP le informa al plan de salud que se va a mudar, retirar o dejar la red del plan de salud por cualquier motivo, asignaremos otro PCP al afiliado. Le haremos saber al afiliado por correo con 45 días de anticipación en la medida de lo posible. Los afiliados pueden llamar al plan de salud para solicitar ayuda para seleccionar un PCP diferente. El plan de salud también le informará al afiliado si algún hospital en la región del afiliado deja de aceptar nuestro plan.

Los proveedores, incluidos los PCP, pueden cancelar su contrato con el plan de salud y también pueden limitar el número de afiliados que aceptarán como pacientes. Es posible que un proveedor participante específico o un PCP no estén disponibles para ofrecer servicios durante el periodo completo de afiliación en el plan de salud. Si el plan de salud recibe aviso de que un proveedor o un PCP va a cancelar su contrato o va a limitar el número de afiliados, le daremos a los afiliados un aviso por escrito con 60 días de anticipación. Si recibimos aviso con menos de sesenta (60) días de anticipación del proveedor, el plan de salud dará aviso inmediato a los afiliados de que el contrato de un proveedor está terminando. Usted puede llamar a Humana para enterarse mejor de su plan de cuidado de la salud, y puede pedir información general sobre los acuerdos financieros de Humana con los proveedores.

Acceso a su PCP

Los afiliados están a menos de treinta (30) minutos o treinta (30) millas de distancia de PCP y hospitales en áreas urbanas, y a menos de sesenta (60) minutos o sesenta (60) millas en áreas rurales. Los afiliados también están a menos de 60 minutos de distancia de especialistas.

- Los afiliados recibirán cuidado médico de urgencia en menos de veinticuatro (24) horas. El cuidado que se necesita con urgencia es aquel que un afiliado recibe cuando está muy enfermo, pero su vida no corre peligro.
- Los afiliados recibirán cuidado médico de rutina en las siguientes tres (3) semanas de haber llamado a un PCP.
- Los afiliados recibirán cuidado preventivo de rutina en menos de cinco (5) semanas después de llamar a un PCP.
- Las afiliadas recibirán cuidado prenatal inicial en las dos (2) semanas después de llamar a un proveedor si la afiliada está en su primer trimestre. Se atenderá antes a la afiliada si tiene problemas o si ha pasado su primer trimestre.

Continuación del cuidado médico

Nuevos afiliados

Sujeto a ciertos problemas de salud y a un periodo limitado de tiempo de hasta noventa (90) días después de la fecha de vigencia, un afiliado nuevo, quien al momento de su fecha de vigencia estaba recibiendo tratamiento, o una afiliada que esté en su tercer semestre de embarazo, tendrá la opción de solicitar seguir viendo a su médico especialista existente. En el caso del tercer trimestre de embarazo, esto incluye el cuidado posparto relacionado directamente con el parto. Los afiliados deben solicitar la aprobación por escrito.

Afiliados existentes

Sujeto a ciertos problemas de salud y por un periodo limitado de tiempo de hasta noventa (90) días a partir de que el plan de salud notifique a los afiliados que el médico va a dejar la red del plan de salud, los afiliados existentes que estén recibiendo tratamiento del proveedor participante, o las afiliadas en su tercer trimestre de embarazo que estén recibiendo cuidado del médico participante, podrán solicitar seguir viendo a dicho médico. El afiliado debe hacer su solicitud por escrito durante los treinta (30) siguientes a haber recibido el aviso de que el médico va a dejar la red.

Si el afiliado es nuevo en el plan de salud, deberá hacer su solicitud por escrito, y un afiliado existente debe hacer su solicitud durante los treinta (30) días siguiente a haber recibido el aviso de este servicio.

En cualquier caso, el médico debe aceptar las políticas y procedimientos de uso y mejoramiento de la calidad del plan de salud, y las tarifas de pago. El plan de salud responderá por escrito en un período de diez (10) días de haber recibido la solicitud del afiliado con la aprobación o el motivo específico de la denegación de la solicitud.

Cobertura después del horario laboral

Excepto en una emergencia, si un afiliado llega a enfermarse después del horario laboral del consultorio del PCP, o en un fin de semana, el afiliado deberá llamar de todas maneras al consultorio. Un contestador automático asegurará que el PCP reciba el mensaje del afiliado. El PCP le devolverá la llamada al afiliado para aconsejarle qué hacer.

Si tiene una emergencia, debe llamar SIEMPRE al 911 o ir a la sala de emergencias más cercana.

PCP y otros proveedores

Tanto médicos, hospitales, farmacias, centros de salud certificados por el gobierno federal (FQHC, por sus siglas en inglés), centros rurales de salud (RHC, por sus siglas en inglés), clínicas para encuentros y otros proveedores en la red del plan de salud, pueden ofrecer a los afiliados los servicios cubiertos necesarios por razones médicas.

Segunda opinión

Si el afiliado necesita una segunda opinión, debe comunicarse con el Departamento de servicios para afiliados al teléfono 1-800-764-7591. Si un médico le dice al afiliado que necesita cirugía o cualquier otro tratamiento médico, y el afiliado quiere una segunda opinión, el plan de salud ayudará al afiliado a obtenerla de otro médico sin costo para el afiliado.

Nuestros médicos revisarán los antecedentes médicos del afiliado y cualquier reporte de exámenes, y le darán una opinión al PCP sin costo para el afiliado. Después de revisar esta segunda opinión, el PCP tomará la decisión final en relación con su tratamiento.

Si el afiliado desea una segunda opinión de un médico que no esté en la red, el plan de salud podrá referir al afiliado a ese médico.

Cuidado especializado

Cuidado de un especialista

El PCP o WHCP del afiliado pueden recomendar un especialista al afiliado si tiene un problema específico. El PCP o WHCP también pueden recomendar un laboratorio o un hospital al afiliado para servicios especiales. Quizá necesitemos revisar y aprobar las solicitudes de servicios antes de que el afiliado pueda recibirlos. Si es necesario por razones médicas, el afiliado puede obtener una autorización permanente para ver a un especialista. El especialista, laboratorio u hospital sabrán cómo obtener la aprobación para estos servicios.

Farmacia

El plan de salud usa una guía de medicamentos recetados (Formulario). Estos son los medicamentos que preferimos que el proveedor recete. También podríamos pedirle al proveedor que nos envíe información (una solicitud previa a la autorización) para explicar porqué se requiere un medicamento específico o una cierta cantidad de un medicamento. Debemos aprobar la solicitud para que el afiliado pueda obtener el medicamento.

Es importante que el afiliado le diga al proveedor o al dentista sobre los medicamentos que está tomando. Igualmente, el afiliado debe decirles sobre las vitaminas, suplementos de plantas o medicamentos sin receta que pueda estar tomando.

Guía de medicamentos recetados

El afiliado puede averiguar si sus medicamentos están en la guía de medicamentos recetados de dos maneras.

- Llamar al Departamento de servicios para afiliados al teléfono 1-800-764-7591. El afiliado debe tener a la mano una lista de sus medicamentos recetados cuando llame.
- El afiliado debe pedir al representante que busque sus medicamento para ver si estén en la lista.
- Ir a **www.humana.com/Medicaid** en Internet para ver la lista de medicamentos cubiertos.

Medicamentos de venta sin receta

También cubrimos algunos medicamentos de venta sin receta si están en nuestra lista. Algunos de ellos tienen reglas para darles cobertura. Si se cumplen las reglas de dicho medicamento, el Programa de cuidado médico integrado en Illinois lo cubrirá. Al igual que otros medicamentos, los medicamentos de venta sin receta deben tener una receta de un proveedor para que podamos cubrirlos sin costo para el afiliado.

El afiliado puede averiguar si sus medicamentos de venta sin receta están en la lista de medicamentos recetados de la siguiente manera:

- Llamar al Departamento de servicios para afiliados al teléfono 1-800-764-7591. Tenga a la mano una lista de sus medicamentos de venta sin receta cuando llame. Pida al representante que busque los medicamentos para ver si están en la lista.
- Ir a **www.humana.com/Medicaid** en Internet para ver la lista de medicamentos cubiertos de venta sin receta.

Asignación para artículos de venta sin receta

Usted tendrá un beneficio de hasta $30.00 al mes para algunos medicamentos de venta sin receta. Consulte la lista de artículos disponibles en las páginas (33 a 40).

Si desea más información, comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados del Programa de cuidado médico integrado de Humana en Illinois al teléfono 1-800-764-7591.

Artículos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) Catálogo de productos para la salud y el bienestar

Nota: Recibirá el equivalente genérico de todos los artículos

Antiácidos, antidiarréicos y laxantes

Código del producto	Nombre del producto	Compare con	Contenido del paquete	Precio
075	Antiácido / Anti-Gas, masticable+	Maalox® Plus	100	$7.00
032	Antiácido / Anti-Gas Líquido+	Maalox®	360 ml	$9.00
029	Antidiarréico, tabletas– Loperamida, 2 mg+	Imodium® A-D	12	$4.75
031	Ungüento antihemorroides	Preparation H®	60 gm	$7.00
227	Carbonato de calcio, antiácido, concentración extra+	Tums®, concentración extra	96	$5.25
203	Carbonato de calcio, antiácido, concentración regular+	Tums®, concentración regular	150	$5.25
098	Tabletas para aliviar los gases, concentración extra	Gas-X®, concentración extra	30	$5.75
261	Famotidine 20 mg+	Pepcid® 20 mg	25	$7.50
208	Laxante de fibra, tabletas+	FiberCon®	90	$9.00
234	Supositorios de glicerina, adultos+	Fleet®, supositorios de glicerina	25	$5.25
216	Supositorios para hemorroides	Preparation H®, supositorios	12	$6.00
262	Lansoprazole 15 mg	Prevacid® 15 mg	14	$10.00
093	Biscodyl 5 mg+	Dulcolax®	25	$5.00
033	Leche de Magnesia - Laxante / Antiácido+	Phillips®, leche de magnesia	360 ml	$5.25
263	Nexium® 24 HR	Nexium® 24 HR	14	$13.00
112	Omeprazole 20 mg+	Prilosec OTC® 20 mg	14	$11.00
115	Bismuto rosado, tabletas masticables+	Pepto-Bismol®, tabletas masticables	30	$6.00
264	Polietilenglicol 3350	MiraLAX®	238 gm	$10.50
258	Psilio, cápsulas laxantes de fibra+	Metamucil®, cápsulas	160	$11.00
104	Ranitidine 75 mg, tabletas - antiácido+	Zantac® 75 mg, tabletas	30	$7.00
233	Senna, laxante, tabletas+	Senokot®	100	$10.00
101	Ablandador de heces, cápsulas+	Colace®	100	$7.00

Medicamentos para tos, resfriado y alergias

Código del producto	Nombre del producto	Compare con	Contenido del paquete	Precio
292	Fluticasone, aerosol nasal para alergias	Flonase®	.34 fl oz	$14.00
113	Cetirizine 10 mg	Zyrtec® 10 mg	30	$12.00
290	Líquido para alergias en niños 5 mg/5 ml+	Claritin® para niños	4 oz	$9.00
260	Tos, resfriado e hipertensión, tabletas	Coricidin®, hipertensión, tos y resfriado	16	$5.25
237	PE diurna, tabletas	DayQuil™	16	$6.00
111	Expectorante - Guaifenesin 400 mg	Mucus Relief 400 mg	30	$11.00
291	Alivio de la comezón en los ojos, 0.025% Gotas para los ojos	Zaditor®	.17 fl oz	$14.00
249	Fexofenadine 180 mg, 24 horas	Allegra® para alergias 180 mg	30	$17.00
028	Fórmula para la tos, expectorante	Robitussin®	120 ml	$5.00
210	Antitusivo / expectorante (sin azúcar)	Robitussin® Sugar Free DM	118 ml	$7.00
026	Antitusivo / Expectorante	Robitussin® DM	120 ml	$6.00
096	Antitusivo / Descongestionante nasal / Expectorante	Robitussin® CF	120 ml	$5.25
110	Loratadine 10 mg	Claritin®	30	$10.00
043	Bálsamo medicado para masajes en el pecho	Vicks VapoRub®	99 gm	$6.00
117	Pastillas para el dolor de garganta, mentol / benzocaína	Chloraseptic®, pastillas	18	$5.50
293	Triamcinolone, aerosol nasal para alergias	Nasacort® para alergias 24 horas	.57 fl oz	$17.75
228	Descongestionante nasal, PE, concentración máxima	Sudafed® PE, tabletas	36	$6.00
095	Descongestionante nasal en aerosol+	Afrin®	30 ml	$5.00
220	Fenol / anestésico oral, aerosol para dolor de garganta	Chloraseptic®	180 ml	$6.00
099	Solución salina nasal en aerosol+	Ocean®, solución salina nasal en aerosol	45 ml	$5.00
097	Senos paranasales - acetaminofén / fenilefrina	Tylenol®, senos paranasales	24	$6.00

Manejo de diabetes

Código del producto	Nombre del producto	Compare con	Contenido del paquete	Precio
265	Medias de compresión, 15-20 mm de Hg Regular, Beige Tamaño A (Tobillo: 7”-77/8”; Pantorrilla: 10”-13”)	JOBST®	1	$15.00
266	Medias de compresión, 15-20 mm de Hg Regular, Beige Tamaño B (Tobillo: 8”-87/8”; Pantorrilla: 12”-15”)	JOBST®	1	$15.00
267	Medias de compresión, 15-20 mm de Hg Regular, Beige Tamaño C (Tobillo: 9”-97/8”; Pantorrilla: 14”-17”)	JOBST®	1	$15.00
268	Medias de compresión, 15-20 mm de Hg Regular, Beige Tamaño D (Tobillo: 10”-107/8”; Pantorrilla: 16”-19”)	JOBST®	1	$15.00
269	Medias de compresión, 15-20 mm de Hg Regular, Beige Tamaño E (Tobillo: 11”-117/8”; Pantorrilla: 18”-21”)	JOBST®	1	$15.00
270	Medias de compresión, 15-20 mm de Hg Regular, Beige Tamaño F (Tobillo: 12”-127/8”; Pantorrilla: 20”-23”)	JOBST®	1	$15.00
271	Medias de compresión, 15-20 mm de Hg Regular, Beige Tamaño G (Tobillo: 13”-137/8”; Pantorrilla: 22”-26”)	JOBST®	1	$15.00
272	Crema de pies para el alivio de la piel para diabéticos	Gold Bond® Crema de pies para el alivio de la piel para diabéticos	96 gm	$9.00
305	Glucosa, tabletas+	DEX4® Glucose, tabletas	60	$11.50
273	Tiras reactivas para urianálisis	Diastix® Tiras reactivas para urianálisis	50	$11.00
274	Contenedor de objetos punzantes	BD™ Contenedor de objetos punzantes para el hogar	1	$5.75
275	Tiras reactivas para urianálisis	Ketone Tiras reactivas para urianálisis	50	$11.00

Primeros auxilios

Código del producto	Nombre del producto	Compare con	Contenido del paquete	Precio
035	Almohadillas con alcohol	Curad®, hisopos con alcohol	100	$6.00
226	Vendas elásticas	Ace®, venda	1	$6.00
232	Cinta para primeros auxilios	J&J®	1	$4.50
044	Vendas plásticas	Band-Aids®	100	$5.25
040	Ungüento antibiótico triple+	Neosporin®	30 gm	$6.00
231	Ungüento antibiótico triple Plus+	Neosporin® + Alivio del dolor	30 gm	$7.00

Analgésicos

Código del producto	Nombre del producto	Compare con	Contenido del paquete	Precio
294	Acetaminofén, 325 mg+	Tylenol®, concentración regular	100	$7.00
002	Acetaminofén, 500 mg	Tylenol®, concentración extra	100	$6.00
020	Acetaminofén 80 mg masticable	Tylenol®, masticable para niños	30	$5.00
047	Aspirina 325 mg	Bayer® 325 mg	100	$5.00
016	Aspirina en dosis baja, 81 mg con recubrimiento entérico	Bayer®, adultos, concentración baja, con recubrimiento entérico	120	$6.00
287	Aspirina masticable, 81 mg+	Bayer® 81 mg, masticable	108	$5.50
213	Parches fríos y calientes	Icy Hot®, parche	5	$7.00
215	Analgésico efervescente	Alka-Seltzer®	36	$6.25
229	Aspirina con recubrimiento entérico, 325 mg	Ecotrin®	100	$6.00
125	Fórmula para cefaleas – Aspirina / acetaminofén / cafeína	Excedrin®	100	$7.00
019	Ibuprofeno, 200 mg, tabletas	Advil®, tabletas	50	$5.00
094	Ibuprofen, suspensión	Motrin®, suspensión	120 ml	$6.75
046	Ungüento muscular	BenGay®	120 gm	$7.00
283	Naproxen Sodium 220 mg+	Aleve®	100	$9.00
230	Gel helado mineral terapéutico	Mineral Ice®	227 gm	$8.00
119	Analgésico tópico - Crema de capsaicina, 0.025%	Zostrix®, crema	60 gm	$8.00

Cuidado personal

Código del producto	Nombre del producto	Compare con	Contenido del paquete	Precio
257	Caja para píldoras para 7 días	Caja para píldoras para 7 días	1	$7.00
256	Protectores absorbentes (Chux, protectores desechables) 23”x36”	Protection Plus, protectores desechables, 23”x36”	20	$20.00
253	Pañales para la incontinencia para adultos - Grande	Protection Plus Classic, ropa interior protectora, grande 40”-56”	18	$20.00
252	Pañales para la incontinencia para adultos - Medio	Protection Plus Classic, ropa interior protectora, mediano 28”-40”	20	$20.00
251	Pañales para la incontinencia para adultos - Pequeño	Protection Plus Classic, ropa interior protectora, pequeño 20”-28”	22	$20.00
254	Pañales para la incontinencia para adultos - Extra grande	Protection Plus Classic, ropa interior protectora, extra grande 56”-68”	14	$20.00
255	Pañales para la incontinencia para adultos - Extra-extra grande	Protection Plus Classic, ropa interior protectora, extra-extra grande 68”-80”	12	$20.00
243	Almohadillas para la incontinencia urinaria (regular)	Poise® Moderate Pads	20	$9.00
242	Kit de hipertensión para el hogar (bomba manual con estetoscopio)	Kit de hipertensión para el hogar (bomba manual con estetoscopio)	1	$17.00
036	Hisopos de algodón	Q-Tips®	300	$4.75
224	Hilo dental	Hilo dental	1	$4.75
225	Adhesivo para prótesis dentales	Fixodent®	42 gm	$6.00
307	Ungüento para dermatitis por pañal	Desitin®, ungüento	60 gm	$4.50
247	Báscula digital para baño**	Báscula digital para baño	1	$35.00
245	Monitor de presión arterial	Monitor de presión arterial	1	$50.00
118	Gotas para eliminar el cerumen+	Debrox®, gotas para eliminar el cerumen	15 ml	$8.00
235	Tabletas efervescentes para dentaduras postizas	Efferdent®	40	$5.25
244	Almohadilla térmica eléctrica	Sunbeam®, almohadilla térmica eléctrica	1	$40.00

276	Copa para gotas para los ojos con guía	Copa para gotas para los ojos con guía	1	$6.00
219	Gotas para los ojos - para aliviar el enrojecimiento	Visine® Original	15 ml	$5.00
114	Gotas lubricantes para los ojos (esterilizadas)+	Liquifilm Tears®	15 ml	$6.00
295	Alivio del dolor en la boca - Benzocaine 20%	Orajel™ Maximum	0.5 oz	$6.75
048	Termómetro oral	B-D®, termómetro oral	1	$6.00
306	Protector solar, SPF 30	Coppertone® SPF30	240 ml	$8.00
284	Cepillo dental	Cepillo dental	3	$5.75
285	Crema dental	Crema dental	2	$8.00
296	Removedor de verrugas, líquido, 17%+	Compound W®, concentración máxima	.31 oz	$8.50

**Límite del plan de 1 por año calendario

Cuidado de la piel

Código del producto	Nombre del producto	Compare con	Contenido del paquete	Precio
217	Crema para Alergias – Alivio de la comezón y el dolor	Benadryl®, crema, concentración extra	30 gm	$5.00
037	Loción de calamina	Caladryl®	180 ml	$5.25
038	Clotrimazole, crema, 1%+	Lotrimin AF®	15 gm	$6.00
004	Crema con hidrocortisona, 1%+	Cortizone 10®	30 gm	$5.00
241	Removedor de callos medicado	Dr. Scholl's®	6	$5.00
286	Bálsamo labial medicado	ChapStick®	3	$5.00
277	Terbinafine, crema+	Lamisil AT®	.53 oz	$10.00
218	Tolnaftate1%, antimicótico	Tinactin®, crema	30 gm	$8.00

Productos para dejar de fumar

Código del producto	Nombre del producto	Compare con	Contenido del paquete	Precio
123	Goma de mascar para dejar de fumar - 2 mg+	Nicorette® 2 mg, goma de mascar	50	$20.00
124	Goma de mascar para dejar de fumar, 4 mg+	Nicorette® 4 mg, goma de mascar	50	$20.00

Vitaminas, minerales y suplementos*

Código del producto	Nombre del producto	Compare con	Contenido del paquete	Precio
297	Antioxidante, tabletas+	Antioxidante, tabletas	60	$7.00
109	Citrato de calcio + Vitamina D	Citracal® Cápsulas + D	60	$7.00
248	Calcio con vitamina D tabletas masticables	Caltrate® 600 + D Más Minerales, masticable	60	$9.00
902	Coenzima Q-10 30 mg	Coenzima Q-10 30 mg	30	$10.00
063	Vitaminas y minerales completos para personas mayores	Centrum® Silver	60	$10.00
011	Multivitaminas y Minerales diario	Centrum®	130	$8.00
907	Vitaminas para el cuidado de la vista	Ocuvite® Lutein	36	$9.00
298	Sulfato ferroso 5 gr+	Feosol® 100	100	$8.50
240	Ácido fólico 800 mcg+	Ácido fólico, 800 mcg	100	$5.00
299	Multivitamínico en gomitas	Multivitamínico en gomitas	120	$10.00
300	Vitamina C en gomitas, 250 mg	Vitamina C en gomitas, 250 mg	100	$10.00
301	Vitamina D en gomitas, 2000 IU	Vitamina D en gomitas, 2000 IU	120	$10.00
302	Óxido de magnesio 400 mg+	Mag-Ox® 400 mg	120	$10.00
278	Melatonina 5 mg	Melatonina 5 mg	100	$6.50
107	One a day - Multivitamínico para Mujeres	One-A-Day Women's®	60	$7.00
015	Calcio de ostras + vitamina D	Os-Cal® 500 + D	60	$6.00
303	Gluconato de potasio 595 mg	Gluconato de potasio 595 mg	100	$5.50
909	Niacina de acción prolongada, 500 mg+	Niacina de acción prolongada, 500 mg	100	$8.00
238	Vitamina B-12, 1000 mcg	Vitamina B-12, 1000 mcg	100	$7.00
279	Vitamina B-12, 5000 mcg, Sublingual	Vitamina B-12, 5000 mcg, Sublingual	30	$8.00
280	Vitamina Complejo B Sublingual	Vitamina Complejo B Sublingual	60	$7.00
903	Vitamina Complejo B con B-12	Vitamina Complejo B con B-12	100	$8.00
010	Vitamina C, 500 mg	Vitamina C, 500 mg	100	$6.00
209	Vitamina D, 1000 IU	Vitamina D, 1000 IU	100	$7.00
239	Vitamina D, 5000 IU	Vitamina D, 5000 IU	100	$9.00
012	Vitamina E, 400 IU, Sintética+	Vitamina E, 400 IU, Sintética	100	$7.00

* Para los artículos mencionados arriba. Antes de la compra, el afiliado debe hablar con su proveedor personal, quien le debe recomendar verbalmente el artículo de venta sin receta.

Salud de la mujer

Código del producto	Nombre del producto	Compare con	Contenido del paquete	Precio
041	Clotrimazole 1%, crema vaginal+	Gyne-Lotrimin®, crema	45 gm	$8.00
304	Miconazole 3 Paquete combinado+	Monistat® 3 Paquete combinado	Suministro de 3 días	$13.00

+Este artículo también está cubierto en la lista de medicamentos preferidos del plan a $0 con una receta de su proveedor, o puede pedirlo en su beneficio de productos de venta sin receta de $30 sin una receta.

Notas para productos de uso frecuente

Cómo obtener medicamentos recetados

Esta es la manera como un afiliado al plan de salud puede obtener medicamentos recetados:

- Si el afiliado necesita un medicamento, el proveedor seleccionará uno de la lista de medicamentos recetados del plan de salud.
- El proveedor escribirá una receta. Pida al proveedor que se asegure de que el medicamento esté en la lista.
- Lleve la receta a una farmacia de la red para que la surtan.
- Muestre la tarjeta de identificación del afiliado del plan de salud en la farmacia. Siempre y cuando el afiliado muestre su tarjeta de identificación del afiliado y adquiera medicamentos de la lista de medicamentos recetados, los medicamentos genéricos le costarán un copago de $2.00, y los de marca un copago de $3.90, por un suministro de un mes. No hay copago para los medicamentos de venta sin receta (OTC) de Medicaid.
- Las recetas pueden estar disponibles en suministros de hasta 90 días en algunos medicamentos.

Exenciones de copago en farmacias

Los afiliados listados abajo, o que reúnen lo siguiente, están exentos de copagos en farmacias:

- Participantes institucionalizados.
- Mujeres embarazadas.
- Indígenas americanos y nativos de Alaska.
- Pacientes en hospicios.
- Servicios ofrecidos a participantes elegibles que viven en centros de cuidado residencial. Algunos ejemplos podrían ser residencias para personas con necesidades de apoyo (SLF, por sus siglas en inglés) y centros de vivienda con ayuda integral comunitaria (CILA, por sus siglas en inglés).
- Insulina.
- Medicamentos compuestos.
- Servicios y medicamentos para planificación familiar.

Cómo encontrar una farmacia de la red

El afiliado puede encontrar una farmacia de la red de la siguiente manera:

- Consultar su directorio de proveedores.
- Llamar al Departamento de servicios para afiliados al teléfono 1-800-764-7591. Pedir al representante que le ayuda a encontrar una farmacia de la red en su área.
- Ir a nuestro sitio web en **www.humana.com/Medicaid** para buscar una farmacia en su área.
- Todos los medicamentos recetados deben surtirse en una farmacia de la red. Los medicamentos recetados que se adquieran en farmacias que no pertenezcan a la red del plan de salud podrían no tener cobertura.

Pedido por correo de medicamentos recetados

Si el afiliado toma un medicamento para una afección crónica, puede pedir que se lo envíen por correo a su hogar. El plan de salud trabaja con compañías de Humana como Humana Pharmacy® para ofrecer este servicio, el cual el afiliado puede obtener sin costo adicional.

Si el afiliado elige usar una farmacia con servicio de pedidos por correo, el medicamento será llevado directamente a la puerta de su hogar. El afiliado puede programar repeticiones de recetas y comunicarse con los farmacéuticos si tiene preguntas. Estas son algunas otras características del envío de medicamentos por correo.

- Los farmacéuticos revisan cada pedido por seguridad.
- El afiliado puede pedir repeticiones de recetas por correo, por teléfono o por Internet, o puede registrarse para tener repeticiones de recetas automóticas.

El afiliado cuenta con tres maneras para registrarse en una farmacia con servicio de pedidos por correo.

- Llamar al Departamento de servicios para afiliados al teléfono 1-800-764-7591.
- Ir a www.HumanaPharmacy.com. Luego inicie sesión y regístrese para la entrega por correo. Si el afiliado está de acuerdo, Humana Pharmacy® llamará a su proveedor para obtener una receta.
- Pedir al proveedor que le dé una receta para un suministro de 30 o 90 días, con hasta un año de repetición de recetas. El proveedor puede enviar su receta directamente a Humana Pharmacy® o a otras farmacias con servicio de pedidos por correo para que las surtan.

Si los medicamentos no están en la guía de medicamentos recetados

Si el medicamento no está en la guía de medicamentos recetados, hay algunas cosas que el afiliado puede hacer:

- Pedir un suministro temporal del medicamento. Solo afiliados en ciertas situaciones pueden recibir un suministro temporal. Esto le dará al afiliado y al proveedor tiempo para cambiar a otro medicamento o presentar una solicitud de cobertura para el medicamento.
- Pedir al proveedor que le dé un medicamento similar que esté en la lista.
- Pedir al proveedor que solicite una excepción al plan de salud. El proveedor sabrá cómo hacer esto.

Cuidado médico

Dónde obtener cuidado médico

Queremos asegurar que los afiliados reciban el cuidado correcto del proveedor de cuidado de la salud adecuado cuando lo necesiten. La información que sigue le ayudará a decidir a qué lugar debe ir para obtener el cuidado médico.

Cómo decidir si ir a una ER, un centro de cuidado de urgencia o un PCP

Pregúntese lo siguiente:

- ¿Es seguro esperar?
- ¿Es seguro esperar y llamar primero a mi médico?
- ¿Es seguro esperar para programar una cita con mi médico en el próximo día o los próximos dos días?
- ¿Es seguro esperar para ver si puedo obtener una cita hoy con mi médico?
- Si mi médico no puede verme, ¿es seguro esperar a que me atiendan en una clínica de cuidado médico de urgencias presentándome sin cita?
- ¿Podría fallecer o sufrir una lesión grave si no recibo asistencia médica de inmediato?

Si no está seguro si su enfermedad o lesión son una emergencia, llame a su médico. O llame a nuestra línea de asesoramiento de enfermería con servicio las 24 horas. Simplemente marque 1-855-235-7494 para hablar con un enfermero. Si desea una lista de establecimientos que ofrecen servicios de emergencia y

postestabilización, consulte el directorio de proveedores de Medicaid del plan de salud, o comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados al teléfono 1-800-764-7591.

Servicios del PCP

Usted debe ver con su PCP para todas las visitas de rutina. Estos son algunos ejemplos de afecciones que su PCP puede tratar:

- Mareo.
- Hipertensión o hipotensión.
- Hinchazón de las piernas y los pies.
- Hiperglucemia o hipoglucemia.
- Tos persistente.
- Pérdida del apetito.
- Inquietud.
- Dolor en las articulaciones.
- Resfriados y gripe.
- Dolor de cabeza.
- Dolor de oídos.
- Dolor de espalda.
- Estreñimiento.
- Salpullido.
- Dolor de garganta.
- Retiro de puntos de sutura.
- Flujo vaginal.
- Pruebas de embarazo.
- Tratamiento del dolor.

Cuidado de urgencia

El cuidado de urgencia es cuando es necesario que le atiendan de inmediato, pero no se encuentra en peligro de sufrir un perjuicio permanente ni de perder la vida. Estos son algunos ejemplos en los que se requiere de cuidado de urgencia:

- Dolor de garganta.
- Influenza
- Migrañas.

Usted puede ir a un centro de cuidado médico de urgencias para situaciones que no sean de emergencia con el fin de evitar que la enfermedad o la lesión empeoren. Puede hacer esto cuando el consultorio de su PCP esté cerrado, o si su PCP no puede atenderle de inmediato.

Si cree que necesita cuidado de urgencia, usted puede:

- Llamar a su PCP para pedir consejo. Puede comunicarse con su PCP o un médico de respaldo los 7 días de la semana durante las 24 horas del día.

O

- Comunicarse con nuestra línea de asesoramiento de enfermería con servicio las 24 horas al teléfono 1-855-235-7494.

O

- Ir a un centro de cuidado médico de urgencias participante. Los encontrará en el directorio de proveedores. También puede encontrarlos en nuestro sitio web **www.humana.com/Medicaid**. Después de ir, llame siempre a su PCP para programar una cita para el cuidado médico de seguimiento.

En ocasiones, los afiliados pueden enfermarse o lesionarse mientras están viajando. Si un afiliado necesita ir a un centro de cuidado médico de urgencias mientras está fuera de nuestra área de servicio, deberá llamar a su PCP. O llame a nuestra línea de asesoramiento de enfermería con servicio las 24 horas. El número de teléfono es 1-855-235-7494. Si va a un centro de cuidado médico de urgencias, llame a su PCP tan pronto pueda. Infórmele sobre su visita.

Servicios de emergencia

Los servicios de emergencia son para un problema médico cuya gravedad le haga considerar al afiliado que debe recibir cuidado inmediato de un médico.

Nosotros cubrimos el cuidado para emergencias dentro y fuera del área de servicio. Usted tiene derecho a usar cualquier hospital u otro establecimiento para los servicios de emergencia. Estos son algunos ejemplos de cuando se necesitan los servicios de emergencia:

- Aborto o embarazo con hemorragia vaginal.
- Dolor fuerte en el pecho.
- Falta de aliento.
- Pérdida del conocimiento.
- Convulsiones.
- Hemorragia sin control.
- Vómito de gravedad.
- Violación.
- Quemaduras graves.
- Sensación de que se va a hacer daño a sí mismo o a alguien más.

Usted no tiene que comunicarse con nosotros para recibir aprobación antes de recibir servicios de emergencia. Si tiene una emergencia, llame al **911** o vaya a la ER más cercana. Si en su área no hay servicio de la línea 911, llame al servicio de ambulancia más cercano. Si no está seguro cómo proceder, llame a su PCP para pedir ayuda. También puede comunicarse con nuestra línea de asesoramiento de enfermería con servicio las 24 horas al teléfono 1-855-235-7494.

Recuerde, si tiene una emergencia:

- Vaya a la ER más cercana. Asegúrese de decirles que está afiliado a nuestro plan. Muéstreles su tarjeta de identificación.
- Si el proveedor que le está tratando por una emergencia se encarga de su situación pero considera que usted necesita otro tipo de cuidado médico para tratar el problema que la originó, dicho proveedor debe comunicarse con el plan de salud.
- Si usted puede hacerlo, llame a su PCP tan pronto pueda. Hágale saber que tiene una emergencia médica. También puede pedirle a alguien que haga la llamada. A continuación, llame a su PCP tan

pronto pueda después de la emergencia para programar el cuidado médico de seguimiento.

- Si el hospital le interna, asegúrese de que llamen al plan de salud en las siguientes 24 horas.

Cuidado médico posterior a la estabilización

Este es el cuidado que el afiliado obtiene después de haber recibido servicios médicos de emergencia. Ayuda a mantener, mejorar o curar del todo su problema de salud. No importa si el afiliado obtiene el cuidado médico de emergencia dentro o fuera de la red. Estos servicios pueden ser ofrecidos en el hospital o en un consultorio. Nosotros cubriremos los servicios para asegurar la estabilidad del afiliado después de una emergencia. El afiliado debe seguir recibiendo cuidado médico hasta que su estado de salud esté estable.

Cuidado hospitalario

Si un afiliado necesita cuidado hospitalario, su PCP coordinará todo lo necesario. El afiliado podría tener una emergencia y ser admitido por un médico en un hospital. Si esto sucede, el afiliado debe llamar a su PCP tan pronto como pueda. También puede pedirle a un amigo o a un familiar que llame en su lugar.

Transporte para emergencia y ocasiones que no son de emergencia

- Para solicitar servicios de transporte de emergencia, llame al 911.
- Si un afiliado necesita transporte a una cita de cuidado médico sin carácter de emergencia, o a la farmacia justo después de la cita con un médico, puede comunicarse con MTM, Inc. al teléfono 1-855-253-6865 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora Central, o en línea en http://memberportal.net/.

Cuidado fuera de la red para casos que no son de emergencia fuera del área de servicio

Si un afiliado se encuentra fuera de su hogar y tiene una emergencia, deberá dirigirse a la sala de emergencias más cercana. El afiliado debe llamar a su PCP tan pronto como le sea posible. Solo los servicios de emergencia están cubiertos fuera del área de servicio del afiliado. El plan de salud no es responsable de los servicios de cuidado de la salud que no sean de emergencia recibidos de un proveedor fuera de la red, a menos que el plan de salud apruebe estos servicios.

Cuidado fuera de la red para servicios no disponibles

El PCP del afiliado coordinará el cuidado de proveedores fuera de la red si el plan de salud no puede ofrecerle los servicios cubiertos necesarios, o una segunda opinión si un proveedor de la red no está disponible. El plan de salud se asegurará de que no haya costos para usted.

Quejas formales y apelaciones

Queremos que esté contento con los servicios que reciba del Programa de cuidado médico integrado de Humana en Illinois y de nuestros proveedores. Si no lo está, puede presentar una queja formal o una apelación.

Quejas formales

Una queja formal es una reclamación sobre cualquier asunto diferente a un artículo o servicio denegado, reducido o terminado.

El Programa de cuidado médico integrado de Humana en Illinois toma muy en serio las quejas formales de los afiliados. Queremos saber qué es lo que está mal para poder mejorar nuestros servicios, Si tiene

una queja formal sobre un proveedor o sobre la calidad de la atención o de los servicios que ha recibido, debe informarnos de inmediato. El Programa de cuidado médico integrado de Humana en Illinois tiene procedimientos especiales establecidos para ayudar a los afiliados que presentan quejas formales. Pondremos todo de nuestra parte para responder a sus preguntas o para ayudarle a solucionar su inquietud. Presentar una queja formal no afectará sus servicios de cuidado de la salud ni la cobertura de sus beneficios.

Estos son ejemplos de situaciones en las que quizá quiera presentar una queja formal.

- Su proveedor o un integrante del personal del plan de salud no respetaron sus derechos.
- Usted tuvo dificultades para obtener una cita con su proveedor en un periodo de tiempo apropiado.
- Usted no quedó satisfecho con la calidad del cuidado o el tratamiento que recibió.
- Su proveedor o un integrante del personal del plan de salud fue descortés con usted.
- Su proveedor o un integrante del personal del plan de salud fueron insensibles a sus necesidades culturales u otra necesidad especial que haya tenido.

Usted puede presentar una queja formal por teléfono si se comunica con el Departamento de servicios para afiliados del Programa de cuidado médico integrado de Humana en Illinois al teléfono 1-800-764-7591. También puede presentar su queja formal por escrito por fax o por correo a:

Humana Integrated Care Program of Illinois
Attn: Grievance and Appeals
Dept. P.O. Box 14546
Lexington, KY 40512-4546
Fax: 1-855-336-6220

En la carta de queja formal, denos toda la información que le sea posible. Por ejemplo, incluya la fecha y el lugar donde sucedió el incidente, los nombres de las personas involucradas y detalles sobre lo sucedido. Asegúrese de incluir su nombre y su número de identificación del afiliado. Puede pedirnos que le ayudemos a presentar una queja formal; simplemente comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados del Programa de cuidado médico integrado de Humana en Illinois al teléfono 1-800-764-7591.

Si no habla inglés, podemos ofrecerle un intérprete sin costo para usted. Incluya esta solicitud cuando presente su queja formal. Si tiene impedimentos auditivos, llame al centro de enlace de Illinois al 711.

En cualquier momento durante el proceso de la queja formal usted puede pedir a alguien conocido que le represente o que actúe en su nombre. Esta persona será “su representante”. Si decide que alguien le represente o que actúe en su nombre, informe al Programa de cuidado médico integrado de Humana en Illinois por escrito el nombre de su representante y su información de contacto.

Trataremos de dar solución a su queja formal lo antes posible. En caso de no ser posible, podríamos comunicarnos con usted para solicitar más información.

Apelaciones

Es posible que usted no esté de acuerdo con una decisión o medida tomada por el Programa de cuidado médico integrado de Humana en Illinois en relación con sus servicios o un artículo que haya solicitado. Una apelación es una manera en la que puede pedirnos que revisemos nuestras acciones. Usted puede apelar en un periodo de **sesenta (60) días calendario** a partir de la fecha de nuestro formulario de Aviso de medida. Si desea que sus servicios sigan igual mientras apela, debe especificarlo cuando presente su apelación, lo cual debe hacer durante los **diez (10) días calendario** siguientes a la fecha de nuestro formulario de Aviso de medida. La lista de abajo incluye ejemplos de cuándo podría desear presentar una apelación.

- No se aprueba o no se paga un servicio o artículo que su proveedor ha solicitado.

- Se deja de ofrecer un servicio que se aprobó anteriormente.
- No se le ofrece el servicio o los artículos de manera oportuna.
- No se le notifica de su derecho a la libertad de elegir proveedores.
- No se aprueba un servicio para usted porque no estaba en nuestra red.

Si decidimos que un artículo o servicio solicitado no puede ser aprobado, o si un servicio se reduce o se deja de ofrecer, recibirá una carta de "Aviso de medida" de nuestra parte. Esta carta le dirá lo siguiente:

- Qué medida se tomó y el motivo de dicha medida.
- Su derecho a presentar una apelación y cómo hacerlo.
- Su derecho a solicitar una Audiencia justa del estado y cómo hacerlo.
- Su derecho en algunas circunstancias a solicitar una apelación acelerada y cómo hacerlo.
- Su derecho a solicitar que sus beneficios continúen durante su apelación, cómo hacerlo y cuándo podría tener que pagar los servicios.

Hay dos maneras para presentar una apelación.

- Llamar al Departamento de servicios para afiliados al teléfono 1-800-764-7591. Si presenta una apelación por teléfono, debe después enviar la solicitud de apelación por escrito y firmada.
- Enviar su solicitud de apelación por correo o fax a:

Humana Integrated Care Program of Illinois
Attn: Grievance and Appeals
Dept. P.O. Box 14546
Lexington, KY 40512-4546
Fax: 1-855-336-6220 (para apelaciones aceleradas únicamente)

Si no habla inglés, podemos ofrecerle un intérprete sin costo para usted. Incluya esta solicitud cuando presente su apelación. Si tiene impedimentos auditivos, llame al centro de enlace de Illinois al 711.

¿Puede ayudarle alguien con el proceso de apelación?

Usted tiene varias opciones para recibir ayuda. Puede:

- Pedirle a alguien conocido que le represente y le ayude. Esta persona podría ser su médico de cuidado primario o un familiar, por ejemplo.
- Elegir ser representado por un profesional del derecho.
- Si usted tiene exención por discapacidad, exención por lesión cerebral traumática o exención por VIH / SIDA, también puede comunicarse con el Programa de asistencia para clientes (CAP, por sus siglas en inglés) para solicitar su asistencia al teléfono 1-800-641-3929 (voz) o 1-888-460-5111 (TTY).

Para nombrar un representante, usted: 1) Puede enviarnos una carta informando que desea que alguien más le represente, junto con la información de contacto de dicha persona, o 2) Puede llenar el formulario de representante autorizado. Encontrará este formulario en nuestro sitio web: https://www.humana.com/individual-and-family-support/tools/member-forms.

Proceso de apelación

Le enviaremos una carta de acuse de recibo en un periodo de tres (3) días laborables notificando que recibimos su apelación. Le diremos si necesitamos más información y la manera como puede darnos dicha información en persona o por escrito.

Un proveedor con la misma especialidad que su proveedor tratante, o con una especialidad similar, revisará su apelación. No será el mismo proveedor que tomó la decisión original de denegar, reducir o dar fin al servicio médico.

El Programa de cuidado médico integrado de Humana en Illinois le enviará nuestra decisión por escrito en un periodo de quince (15) días hábiles a partir de la fecha en la que recibimos su solicitud de apelación. El Programa de cuidado médico integrado de Humana en Illinois podría solicitar una extensión de hasta catorce (14) días calendario adicionales para tomar una decisión en su caso si necesitamos obtener más información antes de la decisión final. También usted puede pedirnos una extensión si necesita más tiempo para obtener documentos adicionales que respalden su apelación.

Le llamaremos para informarle sobre nuestra decisión, y le enviaremos a usted y a su representante autorizado el Aviso de decisión. El Aviso de decisión le dirá lo que haremos y por qué.

Si la decisión tomada por el Programa de cuidado médico integrado de Humana en Illinois coincide con el Aviso de medida, es posible que usted tenga que pagar el costo de los servicios que recibió durante la revisión de la apelación. Si la decisión tomada por el Programa de cuidado médico integrado de Humana en Illinois no coincide con el Aviso de medida, aprobaremos los servicios para que se inicien de inmediato.

Cosas para tener en mente durante el proceso de apelación:

- En cualquier momento, usted puede darnos más información sobre su apelación si es necesario.
- Usted tiene la opción de ver el archivo de su apelación.
- Usted tiene la opción de estar presente cuando el Programa de cuidado médico integrado de Humana en Illinois revise su apelación.

¿Cómo puede agilizar su apelación?

Si su proveedor considera que el periodo de tiempo estándar de quince (15) días hábiles para tomar una decisión sobre su apelación va a poner en gran riesgo su vida o su salud, usted puede solicitarnos una apelación acelerada por escrito o comunicándose con nosotros por teléfono. Si nos escribe, incluya por favor su nombre, número de identificación del afiliado, la fecha de su carta de Aviso de medida, información sobre su caso, y por qué está pidiendo una solicitud acelerada. Le haremos saber en un periodo de veinticuatro (24) horas si necesitamos más información. Una vez que se haya proporcionado toda la información, le llamaremos en un período de veinticuatro (24) horas para informarle sobre nuestra decisión, y también le enviaremos a usted y a su representante autorizado el Aviso de decisión.

¿Cómo puede retirar una apelación?

Usted tiene derecho a retirar su apelación por cualquier motivo y en cualquier momento durante el proceso de apelación. No obstante, usted y su representante autorizado deben hacerlo por escrito, usando la misma dirección que se usó para presentar su apelación. Si retira su apelación, se dará fin al proceso de apelación y no tomaremos ninguna decisión en relación con su solicitud de apelación.

El Programa de cuidado médico integrado de Humana en Illinois dará acuse de recibo al retiro de su apelación mediante el envío de un aviso a usted o a su representante autorizado. Si necesita más información sobre cómo retirar su apelación, comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados del Programa de cuidado médico integrado de Humana en Illinois al teléfono 1-800-764-7591.

¿Qué sucede después?

Después de que reciba el Aviso de decisión sobre la apelación por escrito del Programa de cuidado médico integrado de Humana en Illinois, no tendrá que tomar ninguna medida y se cerrará el archivo de su apelación. Sin embargo, si no está de acuerdo con la decisión tomada en cuanto a su apelación, las medidas que puede tomar son solicitar una Audiencia estatal justa de apelación y/o solicitar una revisión externa de su apelación

en un período de **treinta (30) días calendario** a partir de la fecha del Aviso de decisión. Puede elegir ambas medidas, la Audiencia estatal justa de apelación y una revisión externa, o solo una de ellas.

Audiencia justa del estado

Si lo elige, puede solicitar una Audiencia estatal justa de apelación en un período de **treinta (30) días calendario** a partir de la fecha del Aviso de decisión, pero debe pedir una Audiencia estatal justa de apelación en un período de **diez (10) días calendario** a partir de la fecha del Aviso de decisión si desea que no se interrumpan sus servicios. Si no gana esta apelación, es posible que tenga que pagar los servicios que se le ofrecieron durante el proceso de apelación.

En la Audiencia justa del estado, al igual que durante el proceso de apelaciones del Programa de cuidado médico integrado de Humana en Illinois, usted puede pedirle a alguien que le represente y hable por usted, como un abogado, un familiar o un amigo. Para nombrar un representante, envíenos una carta informando que desea que alguien más le represente e incluya en la carta la información de contacto de dicha persona.

Usted puede solicitar una Audiencia justa del estado de una de las siguientes maneras:

- El Centro de recursos comunitarios y familiares de su localidad puede darle un formulario de apelación para solicitar una Audiencia justa del estado y le ayudarán a diligenciarlo, si lo desea.
- Si quiere una Audiencia estatal justa de apelación relacionada con sus artículos o servicios médicos, o servicios del Programa de exención para personas mayores (Programa de atención comunitaria (CCP, por sus siglas en inglés)), envíe su solicitud por escrito a:

Illinois Department of Healthcare and Family Services
Bureau of Administrative Hearings
69 W. Washington Street, 4th Floor
Chicago, IL 60602
Fax: (312) 793-2005
Email: HFS.FairHearings@illinois.gov

También puede llamar al (855) 418-4421, TTY: (800) 526-5812

- Si desea una Audiencia estatal justa relacionada con artículos o servicios de salud mental, servicios de abuso de sustancias, servicios de exención para personas con discapacidades, servicios de exención por lesión cerebral traumática, servicios de exención por VIH / SIDA, o servicios del Programa de servicios domiciliarios (HSP, por sus siglas en inglés), envíe su solicitud por escrito a:

Illinois Department of Human Services Bureau of Hearings
69 W. Washington Street, 4th Floor
Chicago, IL 60602
Fax: (312) 793-8573
Email: DHS.HSPAppeals@illinois.gov

También puede llamar al (800) 435-0774, TTY: (877) 734-7429

Proceso de Audiencia justa del estado

La audiencia será celebrada por un oficial de audiencia imparcial autorizado para llevar a cabo audiencias justa del estado. Usted recibirá una carta de la Oficina de audiciencias apropiada informando la fecha, la hora y el lugar de la audiencia. Esta carta también tendrá información sobre la audiencia. Es importante que lea esta carta cuidadosamente.

Cuando menos tres (3) días hábiles antes de la audiencia, usted recibirá información del Programa de cuidado médico integrado de Humana en Illinois. En ella se incluye toda la evidencia que se presentará en la audiencia. También se le enviará al Oficial de audiencia imparcial. Usted debe proporcionar toda la evidencia que vaya a presentar en la audiencia al Programa de cuidado médico integrado de Humana en Illinois y al

Oficial de audiencia imparcial cuando menos tres (3) días hábiles antes de la audiencia. Esto incluye una lista de los testigos que vayan a comparecer en su favor y todos los documentos que usará para respaldar su apelación.

Necesitará notificar a la Oficina de audiencias apropiada de cualquier arreglo de acomodación que pudiera necesitar. Su audiencia se puede llevar a cabo por teléfono. Asegúrese por favor de dar el número de teléfono más apropiado para poder encontrarle durante horas de trabajo en su solicitud para una Audiencia justa del estado. La audiencia puede ser grabada.

Prolongación o aplazamiento

Usted puede solicitar una prolongación durante la audiencia, o un aplazamiento antes de la audiencia, lo cual puede otorgarse si existe una buena causa. Si el Oficial de audiencia imparcial está de acuerdo, se le notificará por escrito a usted y a todas las partes de la apelación sobre una nueva fecha, hora y lugar. El límite de tiempo para que el proceso de apelación se complete se extenderá según el periodo de la prolongación o del aplazamiento.

Si no se presenta a la audiencia

Su apelación sea anulará si usted o su representante autorizado no se presentan a la audiencia en el horario, fecha y lugar indicados en el aviso, y si usted no solicitó un aplazamiento por escrito. Si su audiencia se lleva a cabo por teléfono, su apelación quedará anulada si usted no contesta la llamada en el horario programado para la apelación. Se enviará un Aviso de anulación a todas las partes involucradas en la apelación.

Su audiencia podría programarse para otro momento si usted nos lo hace saber con **diez (10) días calendario** a partir de la fecha en la que recibió el Aviso de anulación, si el motivo por el que usted no se presentó se debió a:

- Un fallecimiento en la familia.
- Enfermedad o lesión personal que razonablemente hubieran imposibilitado su presentación.
- Una emergencia súbita o inesperada.

Si se reprograma la audiencia para la apelación, la Oficina de audiencias le enviará a usted o a su representante autorizado una carta reprogramando la audiencia con copia a todas las partes involucradas en la apelación.

Si denegamos su solicitud para reprogramar su audiencia, recibirá una carta por correo informándole sobre nuestra denegación.

La decisión tomada en la Audiencia justa del estado

La Oficina de audiencias apropiada enviará por escrito una decisión administrativa final a usted y a todas las partes interesadas. Esta decisión administrativa final solo puede ser sometida a revisión a través de los tribunales de circuito del estado de Illinois. El periodo que el Tribunal de circuito permite para presentar una revisión de este tipo podría ser corto, tan solo de **treinta y cinco (35) días** a partir de la fecha de esta carta. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la Oficina de audiencias.

Revisión externa (para servicios médicos únicamente)

En un periodo de **treinta (30) días calendario** a partir de la fecha del Aviso de decisión de la apelación por parte del Programa de cuidado médico integrado de Humana en Illinois, usted puede elegir pedir una revisión a alguien externo al Programa de cuidado médico integrado de Humana en Illinois. A esto se le conoce como revisión externa. El revisor externo debe reunir los siguientes requisitos:

- Ser un proveedor certificado por la junta con la misma especialidad que su proveedor tratante, o con una especialidad similar.

- Debe estar ejerciendo en el momento.
- No debe tener interés financiero en la decisión.
- No debe conocerle y no conocerá su identidad durante la revisión.

La revisión externa no está disponible para apelaciones relacionadas con servicios a través de la exención para personas mayores, la exención para personas con discapacidades, la exención por lesión cerebral traumática, la exención por VIH / SIDA ni el programa de servicios domiciliarios.

Su carta debe solicitar una revisión externa de dicha medida y debe enviarse a:

Humana Integrated Care Program of Illinois
Attn: Grievance and Appeals Dept. P.O. Box 14546
Lexington, KY 40512-4546
Fax: 1-855-336-6220

¿Qué sucede a continuación?

- Revisaremos su solicitud para ver si reúne los requisitos para una revisión externa. Tenemos **cinco (5) días hábiles** para hacer esto. Le enviaremos una carta informándole si su solicitud reúne dichos requisitos. Si su solicitud reúne los requisitos, la carta tendrá el nombre del revisor externo.
- Usted tiene **cinco (5) días hábiles** a partir de la fecha de la carta que le entregamos para enviar al revisor externo cualquier información adicional sobre su solicitud.

El revisor externo le enviará a usted o a su representante y al plan de salud una carta con su decisión en un periodo de cinco (5) días calendario a partir de haber recibido toda la información necesaria para completar su revisión.

Revisión externa acelerada

Si el periodo normal de tiempo para una revisión externa puede poner en peligro su vida o su salud, usted o su representante pueden solicitar una **revisión externa acelerada**. Usted puede hacer esto por teléfono o por escrito. Para solicitar una revisión externa acelerada por teléfono, comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados a la línea gratuita 1-800-764-7591. Para hacer la solicitud por escrito, envíenos una carta a la dirección de abajo. Usted solo puede solicitar una (1) vez la revisión externa de una medida específica. Su carta debe solicitar una revisión externa de dicha medida.

Humana Inc.
Attn: Grievance and Appeals Dept.
P.O. Box 14546
Lexington, KY 40512-4546
Fax: 1-855-336-6220

¿Qué sucede después?

- Una vez que recibamos la llamada telefónica o la carta solicitando una revisión externa acelerada, revisaremos inmediatamente su solicitud para ver si reúne los requisitos para agilizar dicha revisión. Si es así, nos comunicaremos con usted o su representante para darles el nombre del revisor.
- También enviaremos la información necesaria al revisor externo para que comience con la revisión.
- Tan pronto como su estado de salud lo requiera, pero no más de dos (2) días hábiles después de recibir toda la información necesaria, el revisor externo tomará una decisión sobre su solicitud. Le hará saber verbalmente a usted o a su representante y a Humana, Inc. cuál fue su decisión. También hará seguimiento con una carta a usted o su representante y a Humana, Inc. con la decisión, la cual enviará en un periodo de cuarenta y ocho (48) horas.

- **Privación premeditada** — Negar premeditadamente a una persona mayor o una persona con discapacidades medicamento, cuidado médico, techo, alimento, un dispositivo terapéutico o cualquier otra asistencia física y, por ello, exponer al adulto a riesgo de prejuicio físico, mental o emocional - excepto cuando la persona ha expresado su intención de renunciar a dicho cuidado.
- **Explotación financiera** — El mal uso o retención de los recursos de una persona mayor o una persona con discapacidades para desventaja de dicha persona o el beneficio o ventaja de alguien más.

La discriminación es contra la ley

Humana Inc. y sus subsidiarias cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Humana Inc. y sus subsidiarias no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Humana Inc. y sus subsidiarias:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
    - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
    - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).

- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
    - Intérpretes capacitados.
    - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-800-764-7591 (TTY 711).

Si considera que Humana Inc. o sus subsidiarias no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a:

Discrimination Grievances

P.O. Box 14618
Lexington, KY 40512 – 4618
1-800-764-7591 o si usa un TTY, llame al 711.

Puede presentar el reclamo por correo o por teléfono. Si necesita ayuda para hacerlo, Servicio al Cliente está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web
http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Multi-Language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-764-7591 (TTY: 711)**.

Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-764-7591 (TTY: 711)**.

Polski (Polish): UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer **1-800-764-7591 (TTY: 711)**.

繁體中文 (Chinese): 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-764-7591 (TTY: 711)**。

한국어 (Korean): 주의 : 한국어를 사용하시는 경우 , 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 . **1-800-764-7591 (TTY: 711)** 번으로 전화해 주십시오 .

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-764-7591 (TTY: 711)**.

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-764-7591 (телетайп: 711)**.

ગુજરાતી (Gujarati): સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો **1-800-764-7591 (TTY: 711)**.

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-764-7591 (TTY: 711)**.

Italiano (Italian): ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1-800-764-7591 (TTY: 711)**.

Français (French): ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-764-7591 (ATS : 711)**.

λληνικά (Greek): ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε **1-800-764-7591 (TTY: 711)**.

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-800-764-7591 (TTY: 711)**.

Diné Bizaad (Navajo): Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'dęę', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojį' hódíílnih **1-800-764-7591 (TTY: 711)**.

العربية (Arabic):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-764-7591 (رقم هاتف الصم والبك: 711)**.

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-800-764-7591 (TTY: 711)** पर कॉल करें।

وردُا (Urdu):

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں ۔ کال کریں **1-800-764-7591 (TTY: 711)** ۔

ILHJTASEN