Member Handbook
Manual de Afiliados

Humana Comprehensive Plan

Humana®

FLHJHJAES 0418_Approved

Humana®

Welcome to Humana!

Thanks for being a Humana Medical and Long Term Care Plan member. We value your membership, and we're dedicated to helping with your healthcare. This booklet contains your Member Handbooks for both of your Humana Medical and Long Term Care plans.

The Member Handbook is a very detailed document with the full description of your benefits and costs, if applicable. You should keep this document for reference throughout the plan year. Your Care Manager will be available to walk you through the document to help you understand the information.

Call if you need us

If you have questions, please call us at **1-800-477-6931** (**TTY: 711**). We're here to help you from Monday – Friday, 8 a.m. – 8 p.m.

Our automated phone system may answer your call on evenings, Saturdays, Sundays and some holidays. Please leave your name and telephone number, and we'll call you back by the end of the next business day. If you need to reach someone immediately, you may also use this number to reach a representative.

This information is available for free in other languages. Please contact our Customer Care at **1-800-477-6931**. If you use TTY, call 711, Monday – Friday, 8 a.m. to 8 p.m.

Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas. Comuníquese con nuestro Servicio al Cliente llamando al **1-800-477-6931. Si usa un TTY, marque 711**. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

Humana member ID card

Your identification (ID) card

You'll get an ID card from Humana. This card shows providers that you're a Humana Comprehensive Plan member. If you lose your card, call Humana Customer Care at **1-800-477-6931 (TTY: 711)**
Monday – Friday, 8 a.m. – 8 p.m.
We'll get you a new card.





Humana®

¡Bienvenido a Humana!

Gracias por ser un afiliado de Humana Medial y del Plan de cuidado médico a largo plazo. Valoramos su afiliación y estamos dedicados a ayudarle con su cuidado de la salud. Este folleto contiene dos manuales del afiliado: el de su Plan Humana Medical y el de su Plan de cuidado médico a largo plazo.

El Manual del afiliado es un documento muy detallado con la descripción completa de sus beneficios y de los costos, si aplica. Debe guardar este documento para consultarlo durante todo el año del plan. Su Coordinador del cuidado estará disponible para ayudarle a entender la información de todo el documento.

Llámenos si necesita ayuda

Si tiene preguntas, comuníquese con nosotros al teléfono **1-800-477-6931** (**TTY: 711**). Estamos disponibles para ayudarle de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

Nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada en las noches, sábados y domingos, y algunos días festivos. Deje su nombre y número de teléfono y le devolveremos la llamada antes de finalizar el próximo día laborable. Si necesita comunicarse con alguien inmediatamente, también puede usar este número telefónico para hablar con un representante.

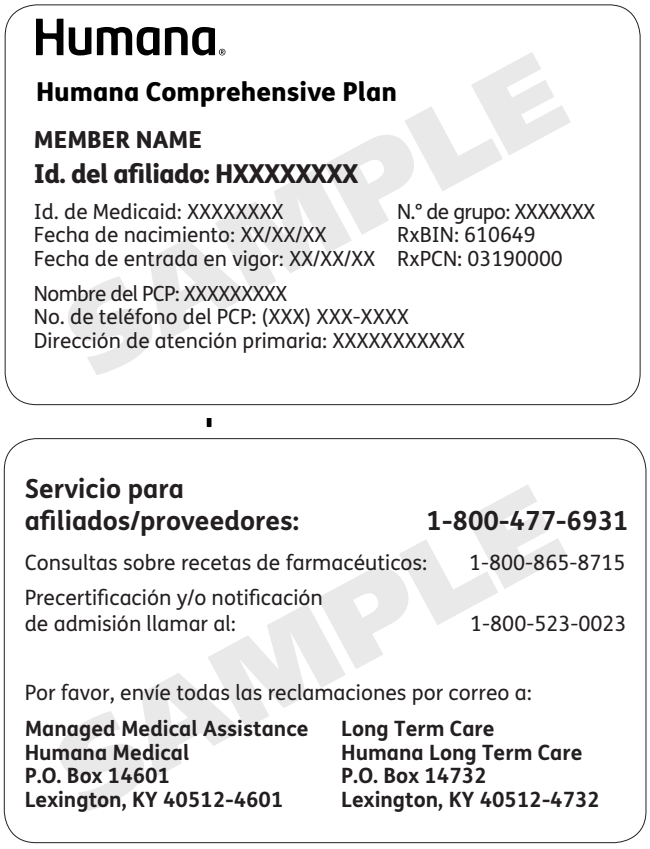
Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Póngase en contacto con nuestro número de servicio al cliente **1-800-477-6931.** Si usa TTY, llame al 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

This information is available for free in other languages. Please contact Customer Care at **1-800-477-6931 (TTY: 711)**. We're here to help you from Monday – Friday, 8 a.m. – 8 p.m.

Tarjeta de identificación del afiliado de Humana

Su tarjeta de identificación

Usted recibirá una tarjeta de identificación de Humana. Esta tarjeta muestra a los proveedores que usted está afiliado a un Plan Integral de Humana. Si pierde esta tarjeta, comuníquese con el Departamento de atención al cliente de Humana al teléfono
1-800-477-6931 (TTY: 711),
de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.
Le daremos una tarjeta nueva.



Humana®

Member Handbook
Manual de Afiliados

Humana Medical Plan
Florida Medicaid

Humana®

FLHHQVFES

Table of contents

Section I: Important member information

How to use this handbook 4
Your identification (ID) card 4
Important Member Information 5
Important Phone numbers 7

Section II: Your rights

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

Section III: Your PCP

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

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

Section IV: Your care

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

Section V: People Who Have Both Medicare and Medicaid

People Who have Both Medicare and Medicaid 33

Section VI: Your benefits

Benefits Summary 34
Additional benefit information 36

HOW TO USE THIS HANDBOOK

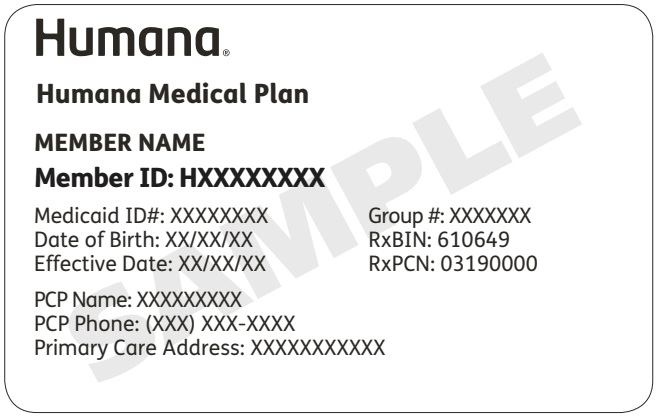
Welcome to Humana Medical Plan!

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

If you have any questions about your plan, please call Customer Service at 1-800-477-6931. If you use a TTY, call 711. Interpretation services and alternative format communications including, vision and hearing impairment and foreign languages, are available for free by calling Customer Service at 1-800-477-6931.

Your identification (ID) card

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





SECTION 1

Important member information

- Please read and keep this member handbook in a safe place. You need to know how your health plan works.
- To be a Humana Medical Plan member, you must be on Medicaid and live in one of these Regions:
  - Region 1: Escambia, Okaloosa, Santa Rosa, and Walton Counties
  - Region 6: Hardee, Highlands, Hillsborough, Manatee, and Polk Counties
  - Region 9: Indian River, Martin, Okeechobee, Palm Beach, and St. Lucie Counties
  - Region 10: Broward County
  - Region 11: Miami-Dade and Monroe Counties
- As a Humana Medical Plan member, you have rights and responsibilities. They are listed in this handbook. You can also ask your primary care physician to show you a copy.
- Humana Medical Plan members in the same household may get care from the same primary care provider.
- Always show your Humana Medical Plan ID card at your primary care provider's office, a pharmacy, or the hospital.
- Get a list of providers by calling the Humana Medical Plan Customer Service toll free at 1-800-477-6931 (TTY: 711). You can also go to our website at **Humana.com/members** to view the provider directory.
- If you have questions about services that your plan covers, call Customer Service at 1-800-477-6931 (TTY: 711).
- For mental health and counseling services:
  - Call Beacon Health Options at 1-800-221-5487 for Miami-Dade, Monroe, Broward, Palm Beach, Indian River, Martin, Okeechobee, St. Lucie, Hardee, Highlands, Hillsborough, Manatee, and Polk Counties.
  - Call Access Behavioral Health Services at 1-866-477-6725 for Escambia, Okaloosa, Santa Rosa, and Walton Counties.
- If you have questions about your health, you can speak to a nurse at any time, 24 hours a day, by calling Humana Medical Plan Customer Service at 1-800-477-6931 (TTY: 711).
- To find out about quality performance indicators or member satisfaction surveys, call Customer Service at 1-800-477-6931 (TTY: 711).
- For Humana's written policies and benefit limits, call 1-800-477-6931 (TTY: 711).
- Let us know how we can make Humana Medical Plan a better plan. Call Customer Service at 1-800-477-6931 (TTY: 711).
- There are locations throughout Florida where Medicaid members' inquiries can be addressed via face to face. To find a location near you call Customer Service at 1-800-477-6931 (TTY: 711).
- For information about the structure and operations of Humana Medical Plan, call Customer Service at 1-800-477-6931 (TTY: 711).
- This information is available for free in other languages. Please contact our Customer Service number at 1-800-477-6931. If you use TTY, call 711, Monday – Friday, 8 a.m. to 8 p.m.
- Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas. Comuníquese con nuestro Servicio al Cliente llamando al 1-800-477-6931. Si usa un TTY, marque 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

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

Aging and Disabilities Resource Center toll-free Helpline:

To apply for services, call 1-800-96-ELDER (1-800-963-5337) or contact your local Aging and Disability Resource Center.

- Region 1: Escambia, Okaloosa, Santa Rosa, and Walton Counties: 1-850-494-7101
- Region 6: Hardee, Highlands, Hillsborough, Manatee, and Polk Counties: 1-813-740-3888
- Region 9: Indian River, Martin, Okeechobee, Palm Beach, and St. Lucie Counties: 1-561-684-5885
- Region 10: Broward County: 1-954-745-9567
- Region 11: Miami-Dade and Monroe Counties: 1-305-670-6500

Important phone numbers

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

SECTION 2

Your rights

1. You have the right to be treated with courtesy and respect, with appreciation of your individual dignity, and with protection of your need for privacy.
2. You have the right to a prompt and reasonable response to questions and requests.
3. You have the right to know who is providing medical services and who is responsible for your care.
4. You have the right to know what patient support services are available, including whether an interpreter is available if you do not speak English.
5. You have the right to know what rules and regulations apply to your conduct.
6. You have the right to be given by the healthcare provider information concerning diagnosis, planned course of treatment, alternatives, risks and prognosis.
7. You have the right to refuse any treatment, except as otherwise provided by law.
8. You have the right to be given, upon request, full information and necessary counseling on the availability of known financial resources for your care.
9. If you're eligible for Medicare you have the right to know, upon request and in advance of treatment, whether the healthcare provider or healthcare facility accepts the Medicare assignment rate.
10. You have the right to receive, upon request, prior to treatment, a reasonable estimate of charges for medical care.
11. You have the right to receive a copy of a reasonably clear and understandable, itemized bill and, upon request, to have the charges explained.
12. You have the right to impartial access to medical treatment or accommodations, regardless of race, national origin, religion, handicap, or source of payment.
13. You have the right to treatment for any emergency medical condition that will deteriorate from failure to provide treatment.
14. You have the right to know if medical treatment is for purposes of experimental research and to give your consent or refusal to participate in such experimental research.
15. You have the right to express grievances regarding any violation of your rights, as stated in Florida law, through the grievance procedure of the healthcare provider or healthcare facility which served you and through the appropriate state licensing agency.
16. You have the right to participate in decisions regarding your health care, including the right to refuse treatment, except as otherwise provided by law.
17. You have the right to receive information on available treatment options and alternatives, presented in a manner appropriate to your condition and ability to understand.

Discrimination is Against the Law

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

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

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

Your responsibilities

1. You're responsible for providing the healthcare provider with accurate and complete information about present complaints, past illnesses, hospitalizations, medications, and other matters relating to your health to the best of your knowledge.
2. You're responsible for reporting unexpected changes in your condition to the healthcare provider.
3. You're responsible for reporting to the healthcare provider whether you understand a possible course of action and what is expected of you.
4. You're responsible for following the treatment plan recommended by your healthcare provider.
5. You're responsible for keeping appointments and, when you're unable to do so for any reason, for notifying the healthcare provider or healthcare facility.
6. You're responsible for your actions if you refuse treatment or do not follow the healthcare provider's instructions.
7. You're responsible for assuring that the financial obligations of your healthcare are fulfilled as promptly as possible.
8. You're responsible for following healthcare facility rules and regulations affecting patient care and conduct.

Enrollment

If you are a mandatory enrollee required to enroll in a plan, once you are enrolled in Humana Medical Plan or the state enrolls you in a plan, you will have 120 days from the date of your first enrollment to try the Managed Care Plan. During the first 120 days you can change Managed Care Plans for any reason. After the 120 days, if you are still eligible for Medicaid, you may be enrolled in the plan for the next eight months. This is called "lock-in."

Open enrollment

If you are a mandatory enrollee, the state will send you a letter 60 days before the end of your enrollment year telling you that you can change plans if you want to. This is called "open enrollment." You do not have to change Managed Care Plans. If you choose to change plans during open enrollment, you will begin in the new plan at the end of your current enrollment year. Whether you pick a new plan or stay in the same plan, you will be locked into that plan for the next 12 months. Every year you may change Managed Care Plans during your 60 day open enrollment period, without cause.

Disenrollment

If you are a mandatory enrollee and you want to change plans after the initial 120-day period ends or after your open enrollment period ends, you must have a state-approved good cause reason to change plans. The following are state approved cause reasons to change Managed Care Plans:

1. The enrollee does not live in a region where the Managed Care Plan is authorized to provide services, as indicated in FMMIS.
2. The provider is no longer with the Managed Care Plan.
3. The enrollee is excluded from enrollment.
4. A substantiated marketing or community outreach violation has occurred.
5. The enrollee is prevented from participating in the development of his/her treatment plan/plan of care.
6. The enrollee has an active relationship with a provider who is not in the Managed Care Plan network, but is in the network of another Managed Care Plan. "Active Relationship" is defined as having received services from the provider within the six months preceding the disenrollment request.
7. The enrollee is in the wrong Managed Care Plan as determined by the Agency.
8. The Managed Care Plan no longer participates in the Region.
9. The state has imposed intermediate sanctions upon the Managed Care Plan, as specified in 42 CFR 438.702(a)(3).
10. The enrollee needs related services to be performed concurrently, but not all related services are available within the Managed Care Plan network, or the enrollee's primary care provider (PCP) has determined that receiving the services separately would subject you to unnecessary risk.
11. The Managed Care Plan does not, because of moral or religious objections, cover the service or provide guidance the enrollee seeks.
12. The enrollee missed open enrollment due to a temporary loss of eligibility.
13. Other reasons per 42 CFR 438.56(d)(2) and s.409.969(2), F.S., including, but not limited to:
    - Poor quality of care
    - Lack of access to services covered under the contract
    - Inordinate or inappropriate changes of PCPs
    - Service access impairments due to significant changes in the geographic location of services
    - An unreasonable delay or denial of service
    - Lack of access to providers experienced in dealing with the enrollee's health care needs
    - Fraudulent enrollment

To request a disenrollment for the above reasons, call the enrollment broker at 1-877-711-3662 (Phone), 866-467-4970 (TDD).

Some Medicaid recipients may change Managed Care Plans whenever they choose, for any reason. To find out if you may change plans, call the enrollment broker at 1-877-711-3662 (Phone), 866-467-4970 (TDD).

Reinstatement

You cannot be enrolled in Humana Medical Plan if you lose your Medicaid benefit. If you get it back within 180 days (6 months), Medicaid will put you back in Humana Medical Plan. Humana Medical Plan will let you know in writing if you're placed back in Humana.

Moving

Humana Medical Plan is offered in some counties in Florida. Humana Medical Plan offers services in these counties: Escambia, Okaloosa, Santa Rosa, Walton, Hardee, Highlands, Hillsborough, Manatee, Polk, Indian River, Martin, Okeechobee, Palm Beach, St. Lucie, Broward, Miami-Dade or Monroe Counties. Tell the Department of Children and Families (DCF) and Humana Medical Plan Customer Service if you move. The toll free number for DCF is 1-866-762-2237.

If you move to a different county and will not see the same PCP, call Humana Customer Service at 1-800-477-6931 (TTY: 711) and let us know. We can help you find a new PCP in your area.

Informed consent

You must agree to all medical treatment unless there's an emergency and your life is in danger. You have the right to fully understand any procedure and the reason it is needed. Talk with your PCP if you do not want a procedure done. Your PCP will tell you what your choices are so you can make a good decision.

Advance directives

Your medical care is your decision

An advance directive is a way to let others know your wishes. Your PCP should tell you what an advance directive is and why it is important. You may want to ask your PCP about it. You can change or cancel an advance directive at any time. If you make changes, tell your PCP or other providers and family members.

Humana has a form called "5 Wishes" that you can fill out to make your healthcare wishes known. This form can serve as your advance directive. If you would like a copy, call Humana Health Service at 1-800-322-2758.

If you are 18 years or older, you have the right to say no to any medical treatment, including procedures that would keep you alive against your wishes. In 1990 Congress passed the Patient Self-Determination Act. Under this law, healthcare organizations must tell patients how to use this right with the help of advance directives. You can call a lawyer, your local Legal Aid Office, or the Florida Medical Association to help prepare an advance directive.

- **An advance directive** (making your wishes known) is a legal document that tells your doctor or caregiver what type of treatment you want or don't want if you're unable to talk for yourself. The two types are the living will and durable power of attorney for healthcare decisions.
- **A living will** describes how and what kind of care you want if you're not conscious or have a terminal condition that will lead to death. You can use your living will to tell your PCP or other treating doctors when to continue or discontinue "heroic" efforts to keep you alive.
- **A durable power of attorney** for healthcare decisions names the person who will make your treatment decisions for you if you're not able to make decisions or speak for yourself.

A living will or durable power of attorney for healthcare decisions is effective only when you cannot make decisions or speak for yourself. You can file a complaint if you do not think your provider followed advance directive laws and regulations. Call the Consumer Complaint Hotline at 1-888-419-3456.

Confidentiality

Humana Medical Plan respects your right to privacy. We must have your written consent to give out medical information about you. We will not give your information to employers, contractors, researchers, medical or office personnel, or anyone else unless it is allowed by law.

How to Request Copy of Your Records:

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

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

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

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

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

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

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

Member grievance and appeal procedure

Grievance: You're not happy about a matter other than an action, defined below. An example is if you do not like the way your provider treated you.

Appeal: You want a review of an "action." An example is having a service that was asked for denied.

Action:

- Denying or limiting approval of a service asked for under 42 CFR 438.400(b)
- Changing or canceling a service that was approved
- Denying payment for a service
- Not providing services in a timely manner

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

Filing a grievance or an appeal

Humana Medical Plan wants to work with you to try to settle your issue. If you have questions or an issue, call Humana Medical Plan Customer Service at 1-800-477-6931 if you use TTY, call 711 between 8 a.m. – 8 p.m.

You can call customer service to file a complaint, grievance, or an appeal. If you call about a complaint and we are unable to resolve your complaint by the close of business the following day then we will automatically send it to our grievance process. If you would like to file your complaint, grievance, or appeal in writing you can send us a letter or you can get a form from our website or by calling customer service. If you ask for a form from the Humana Medical Plan, it will be mailed within three working days. You can also ask for help from Humana Medical Plan to fill out the form. If you file a grievance or an appeal, you will receive an acknowledgement letter within five (5) business days of receipt of your grievance or appeal.

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



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

We will review all complaints/grievances/appeals. You can have someone help you during the process. The person helping you can be a provider or someone else you choose.

You have the right to get services during the complaint/grievance/appeal process. If you would like your services to continue you need to submit your appeal on or before the notice of adverse benefit determination is mailed; or within 10 business days after the intended effective date of action, whichever is later. However, if the decision of the grievance/appeal is not in your favor, you may have to pay for those services.

The grievance/appeal must include the following:

- Your name, address, telephone number, and ID number
- Facts and details of what you did to settle the issue
- What action you're looking for
- Your signature
- Date

Grievance: You have the right to make a written or verbal grievance at any time. The process may take up to 90 days. However, Humana Medical Plan will settle your grievance as quickly as your health condition requires. A letter telling you the outcome will be mailed within 90 days from the date Humana Medical Plan gets your request. You can request a 14 day extension if needed. We can also request an extension if additional information is needed and is in your best interest. Humana Medical Plan will send you a letter telling you about the extra time, what additional information is needed, and why it is in your best interest.

Appeal: You have the right to make a written or verbal appeal. You must file the appeal either verbally or in writing within (60) calendar days of the receipt of the notice of adverse benefit determination, and, except when expedited resolution is required, must be followed with a written notice within ten (10) calendar days of the oral filing. The date of the oral notice will be considered the date of receipt. You have up to one year to file an appeal if the denial is not in writing. The appeal process may take up to 30 calendar days. However, Humana Medical Plan will settle your appeal as quickly as your health condition requires. A letter telling you the outcome will be mailed within 30 calendar days from the date Humana Medical Plan gets your appeal request. You can request a 14 day extension if needed. We can also request an extension if additional information is needed and is in your best interest. Humana Medical Plan will send you a letter telling you about the extra time, what additional information is needed, and why it is in your best interest.

Expedited Process: Expedited "fast" processes are used when the standard time frames could seriously jeopardize your life or health or ability to attain, maintain or regain maximum function. You have the right to make this verbal or written grievance or appeal. You or your legal spokesperson can file an "urgent" or "expedited" appeal. These appeals are handled by the Humana Medical Plan within 72 hours.

You can ask for this type of appeal by calling Humana Medical Plan at 1-888-259-6779. If it is found that an expedited process is not needed, Humana will notify you and it will go through the standard process.

Medicaid Fair Hearing: If you're not happy with Managed Care Plan's appeal decision, you can ask for a Medicaid Fair Hearing. You have up to 120 calendar days after receiving the decision letter to request a hearing. You have up to 120 calendar days from the receipt of the notice of adverse benefit determination letter to request a fair hearing. If you are enrolled in Humana Medical Plan as part of Title XXI MediKids then you are not eligible for the Medicaid Fair Hearing process.

To ask for a Medicaid Fair Hearing, contact the Agency for Health Care Administration Medicaid Hearing Unit, P.O. Box 60127 Ft. Myers, FL 33906 (877) 254-1055 (toll-free) (239) 338-2642 (fax) MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com.

You have the right to receive benefits during a Medicaid Fair Hearing. You can ask to continue your benefits by calling our Humana Medical Plan Customer Service at 1-800-477-6931 (TTY: 711). If the decision is not in your favor, you may have to pay for those benefits. You have the right to review your case before and during the appeal process.

Subscriber Assistance Program: If you're not happy with Humana Medical Plan's appeal or grievance decision, you can also ask for a review by the Subscriber Assistance Program. You have one year from receiving the final decision letter to ask for this review. If you've already had a review completed by a Medicaid Fair Hearing the Subscriber Assistance Program will not consider your appeal. If you are enrolled in Humana Medical Plan as part of Title XXI MediKids, you are eligible for the Subscriber Assistance Program review.

To ask for the Subscriber Assistance Program review, contact the Agency for Health Care Administration, Subscriber Assistance Program, Building 3, MS 45, 2727 Mahan Drive, Tallahassee, Florida 32308, or call 1-850-412-4502 (Toll free: 1-888-419-3456).

If you want to call our Customer Service by phone, call 1-800-477-6931 (TTY: 711). If you cannot hear or have trouble talking, call 711. We are open from 8 a.m. – to 8 p.m. Monday – Friday. If you are calling after hours, weekends or holidays for an urgent/expedited grievance or appeal you will be asked to leave a voicemail and you will receive a call back by the end of the following business day by a specialized team to address your expedited grievance or appeal.

If you need to meet with someone in person, call Customer Service 1-800-477-6931 (TTY: 711).

Report suspected fraud

To report suspected fraud and/or abuse in Florida Medicaid, call the Consumer Complaint Hotline toll-free at 1-888-419-3456 or complete a Medicaid Fraud and Abuse Complaint Form, which is available online at: **https://apps.ahca.myflorida.com/InspectorGeneral/fraud_complaintform.aspx**; If you report suspected fraud and your report results in a fine, penalty or forfeiture of property from a doctor or other health care provider, you may be eligible for a reward through the Attorney General's Fraud Rewards Program (toll-free 1-866-966-7226 or 1-850-414-3990). The reward may be up to twenty-five percent (25%) of the amount recovered, or a maximum of $500,000 per case (Section 409.9203, Florida Statutes). You can talk to the Attorney General's Office about keeping your identity confidential and protected.

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

Report abuse

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

Important information on the Humana Medical Plan website

Visit the Humana Medical Plan website for plan information including:

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

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

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

SECTION 3 - YOUR PCP

Your Primary Care Provider (PCP)

It's very important to select a PCP. Your PCP will work with you to coordinate all of your healthcare needs.. Your PCP will do your checkups and treat most of your routine healthcare needs. If needed, your PCP may send you to specialists. You can reach your PCP by calling his/her office. Your PCP's name and phone number are printed on your ID card. It is important to call your PCP when you need medical care. You may also be seen by your PCP's assistant or a nurse.

- Please call now and set up a visit with your PCP. The phone number is on your member ID card. If you need to select a PCP, call Customer Service at 1-800-477-6931 (TTY: 711). You can see which doctors in your area are accepting members by going to the Humana Medical Plan website and using the Physician Finder tool at www.humana.com/medicaid/florida/mma and click on "Find a doctor".
- To find out which hospital a PCP or other doctor uses, or to see which doctors are not taking new patients, go to Humana's website at **Humana.com** or call Humana Medical Plan Customer Service at 1-800-477-6931 (TTY: 711).
- A family can have all family members seen by the same PCP or choose different PCPs based on each family member's needs.
- Some PCPs may not cover or provide guidance for some services based on religious or moral beliefs. If this happens to you, call Humana Medical Plan Customer Service at 1-800-477-6931 (TTY: 711). If your PCP limits counseling, and/or referral services based on moral or religious grounds, you will be told within 90 days.

Changing Your PCP

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

Access To Your PCP

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

- You can get urgently needed care in less than 24 hours. Urgently needed care is when you're very sick but your life is not in danger.
- You can get routine sick care within a week after you call your PCP.
- You can get an annual checkup within a month after you call your PCP.

After-Hours Coverage

If you feel sick and your PCP's office is closed, you should still call the PCP's office. Your PCP's office will have a voice message to tell you what to do. It may have an answering service that will call your PCP. Please ask your PCP if he/she has office hours after 5 p.m. and on weekends or holidays. Remember, your PCP's office is available by phone 24 hours a day, seven days a week. Humana also has a 24 hours nurse line that you can be connected to via Humana Medical Plan Customer Service at 1-800-477-6931 (TTY: 711) to discuss any clinical needs.

If you have an emergency, get medical attention right away and call 911.

PCP And Other Providers

Doctors, hospitals, pharmacies, and other providers in the Humana Medical Plan Network can give you all the medical care you need.

- You must get your care from providers or facilities in the network except in an emergency or during the Continuity of Care period. See the Continuity of Care section.
- If you use doctors or hospitals that are not in the Humana Medical Plan Network, or have not been approved by your PCP, you may have to pay the bill unless you are in a Continuity of Care period. See the Continuity of Care section.
- When you receive approved care from a PCP or hospital in the network, Humana Medical Plan will pay the cost.
- You may be limited to providers affiliated with their primary care medical group. This means you must go to a specialist referred by your PCP. Check with your PCP.

Continuity of care

Your provider might leave Humana Medical Plan for some reason while you're receiving medically necessary treatment. If this happens, you have up to six months to finish your treatment before choosing another provider. During this six-month period, your care will continue until your treatment is done or you choose another provider. If the provider's quality of care is in question, this may not be possible. If you have a chronic illness or complex medical condition and are receiving ongoing care and service, it is important for you to call Humana Medical Plan Customer Service at 1-800-477-6931 (TTY: 711).

Second opinion

If you need a second opinion, call Humana Medical Plan Customer Service at 1-800-477-6931 (TTY: 711). If your PCP tells you that you need surgery or any other medical need, and you want a second opinion, Humana Medical Plan will help you get another opinion.

The second opinion doctor will review your medical history, including any test reports, and give an opinion to your PCP at no cost to you. After reviewing this second opinion, your PCP will make the final decision about your treatment.

If you want a second opinion from a doctor who is not in the network, Humana Medical Plan can refer you to that doctor. After reviewing this second opinion, your PCP will make the final decision about your treatment. You will not be able to get treatment from the provider who gives the second opinion.

Quality performance indicators

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

Physician incentive payments

Humana Medical Plan has a large network of doctors, hospitals, and pharmacies to give you the services you need. You can ask if we have special financial plans with doctors. Call our Customer Service Department at 1-800-477-6931 (TTY: 711) and ask about our doctor payments.

New medical treatment

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

Preventive care

It is important for you and your family to see your PCP regularly even if you are not sick. Routine checkups, tests, and screenings can help your PCP find and treat problems early before they become serious. Please call and make an appointment today.

Preventive care includes the following:

- Routine Physical Exams
- PAP Smears and Pelvic Exams
- Screening Mammography
- Prostate Cancer Screening Exam
- Alcohol Misuse Screening and Counseling
- Colorectal Screening Exams
- Depression Screening
- Diabetes Screening
- EKG Screening
- HIV Screening
- Sexually Transmitted Infection Screening and Counseling
- Immunizations

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

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

If your child is ready to be treated by an adult care doctor instead of a children's doctor, please call the Customer Service number on the front of your insurance ID card. Here are some things to think about when making this change:

- A primary care doctor is usually an internist or family medicine physician.
- Some primary care doctors only accept patients who are in a certain age group. You will want to keep this in mind when choosing a primary care doctor. Age limits for primary care doctors can be viewed in Humana's Physician Finder on our website or by calling customer service.
- If you have a family doctor you like, that's someone your child may want to consider. But some kids want a doctor of their own.
- Your child should be able to get an appointment quickly when needed.
- He or she should feel comfortable with the doctor.
- Help your child find a new primary adult healthcare provider if possible. Or, plan the process he or she will have to go through after moving to a new school or area.

Planning ahead and making this process a smooth transition is very important. It can help your child build a good relationship with a primary care provider. And that can have a positive effect on your child's health for many years to come.

Well child visits

Humana Medical Plan will send you a reminder to schedule your child's yearly checkup and shot(s). This reminder has health benefit information and guidelines to follow.

Please be sure to speak with your child's PCP about lead screening. Your child should receive a blood lead screening at 12 months and 24 months of age.

Parents: Your children's care should follow the guide below. Talk to your children's PCP about vaccines, regular checkups, and testing your child for lead. Please use the checklist for the schedule for vaccines (shots) and take it with you to your child's PCP appointments.

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

Immunization chart

Age	At birth	2 months	4 months	6 months	12 months	15 months	18 months	19-23 months	4-6 years	7-10 years	11-12 years	13-18 years
HepB (Hepatitis B)												
Dtap/Tdap (Diphtheria, Tetanus, pertussis)								Catch up		Catch up		Catch up
Hib (Haemophilus influenza type b)							Catch up	Catch up	Catch up			
Polio								Catch up		Catch up	Catch up	Catch up
PCV (pneumococcal conjugate)							Catch up	Catch up	Catch up			
RV (Rotavirus)												
MMR (Measles, mumps, rubella							Catch up	Catch up		Catch up	Catch up	Catch up
Varicella (chickenpox)							Catch up	Catch up		Catch up	Catch up	Catch up
HepA (Hepatitis A)									Catch up	Catch up	Catch up	Catch up
HPV (Human Papillomavirus)												
MCV4 (Meningococcal conjugate)												
Influenza (Flu)							Once a year					

Pharmacy products

Prescriptions

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

You should show your Humana Medical Plan member ID card at the pharmacy. When you show your ID card and you get medicines that are on the prescription drug list, there are no co-pays for any prescribed medications.

- If your provider gives you a prescription for a drug that is not covered on our Covered List of Drugs, or to use a drug without certain rules and limitations, your PCP can call Humana Pharmacy Clinical Review at 1-800-555-2546 to ask for an exception. An exception is permission to get coverage for a drug(s) that are:
  - Not normally covered
  - Step therapy medicines
  - Medicines with prior authorization
  - Medicines needing a quantity over the limits in place

When asking for an exception, your doctor or another prescriber will need to explain the medical reasons why you need the exception. We will make a decision and give you an answer on the exception request within 24 hours after we get your doctor's or prescriber's statement supporting the request.

If we say *yes* to your request for an exception, we must give you the coverage within 24 hours after we get your request or your doctor's or prescriber's statement supporting your request. The exception usually lasts until the end of the calendar year. This is true as long as your doctor continues to prescribe the drug for you and that drug continues to be safe and effective for treating your condition.

If we say *No* to your request for an exception, we will send you a letter that explains why we said *No.* The letter will also explain how you can appeal our decision.

On Sept. 1, 2011, the process to receive some medicines to treat mental disorders for children younger than 13 years-old changed. Parents and legal guardians have to sign a consent form with the provider to receive this medicine, called psychotherapeutic medicine. The pharmacist will need this form with every new prescription. Refills won't need a new consent. There are a few ways to turn in this form to the pharmacy. Please talk to your provider about this medicine and the best way to hand the form in to your pharmacy.

Over-the-counter (OTC) Program obtained thru PrescribeIT 1-800-526-1490

This benefit gives you $17.50 per month per member (Unspent balances are not accruable). Orders will be shipped to your home by UPS or the U.S. Postal Service. There is no charge to you for shipping. Please allow 10-14 working days from when the order is received.

You will receive the generic drug that is the same as the brand name. Please ask your doctor before taking any over-the-counter product or nutritional supplement. This product list is subject to change. This program is available only to Humana Medicaid members who have a plan with this over-the-counter offering.

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

Note: You will receive the generic equivalent of all items

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

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

Cough, Cold and Allergy **Tos, Resfrio y Alergias**

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

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

Diabetes Management Control de la Diabetes

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

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

First Aid/Medical Supplies Suminitros Medicos de Primeros Auxilios

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

Men’s Health Salud del Hombre

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

Pain Relievers Analgesicos

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

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

Personal Care Cuidado Personal

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

Skin Care Cuidado de la Piel

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

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

Vitamins, Minerals and Supplements* Vitaminas/Minerales

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

Women's Health Salud de la Mujer

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

Humana Medical Plan

A healthy mouth with healthy teeth and gums can improve your overall health.

Remember, a healthy mouth and teeth are important parts of a healthy body!

We know you want what's best for your family. You can help them have healthy teeth and gums.

How can you get and keep a healthy mouth?

- Brush twice every day
- Floss every day to remove food between your teeth
- Eat healthy every day make sure meals and snacks are from all five food groups:
  - Breads, cereals, and other grains
  - Fruits
  - Vegetables
  - Meat, chicken, fish, beans, eggs
  - Milk, cheese, yogurt

Here are some more tips to help with your oral care:

- If you're pregnant, you need to know that women with gum disease have higher risk of delivering a baby too early. This is because the infection in the mother's mouth can cause early labor.
- It's important to take care of your baby's mouth – even before teeth come in.
- Schedule your child's first visit to the dentist when the first tooth appears!
- Schedule visits to the dentist every six months. Your dentist will:
  - Make sure the mouth and teeth are growing the right way
  - Look for cavities
  - Do X-rays to see things the eyes can't see
  - Clean and polish teeth
  - Help prevent cavities
  - Tell you how to prevent mouth injuries

Working with your dentist will help your whole family keep their healthy smiles! To find a dentist, call DentaQuest at 1-844-231-8316 (TTY: 711).

Humana.com

Humana®

SECTION 4 - YOUR CARE

Emergency or urgent care

You may need to decide whether to go to an emergency room or provider. Ask yourself these questions or talk to a nurse, 24 hours a day, by calling Humana Medical Plan Customer Service at 1-800-477-6931 (TTY: 711):

- Is it safe to wait and call my PCP first?
- Is it safe to wait and make an appointment in the next day or two with my PCP?
- Is it safe to wait if I can get an appointment with my PCP today?
- Could I die or suffer a serious injury if I don't get medical help right away?

If you have an emergency, call 911 or go to the closest emergency room or urgent care. Examples are:

- Heavy blood loss
- Heart attack
- Severe cuts needing stitches
- Loss of consciousness
- Poisoning
- Severe chest pains
- Loss of breath
- Broken bones

Call your PCP as soon as you can when you are in a hospital or when you get emergency care. You can call your PCP 24 hours a day. You do not need approval before getting emergency services.

If the emergency room doctor treating you tells you that your visit is not an emergency, you will be given the choice to stay and get medical treatment or follow up with your primary care physician. If you decide to stay, you will have to pay for your treatment.

If you are treated for an emergency and the treating doctor recommends treatment after you are stabilized, call your Humana Medical Plan PCP. These services do not need prior approval.

Emergency and non-emergency transportation

- For emergency transportation services, call 911.
- If you need a ride to a health care appointment that is not an emergency, call LogistiCare at 1-866-779-0565. You must call at least 24 hours before your appointment time.

Hospital Outpatient Services

These services cover several items you receive as an outpatient at the hospital. This includes, but is not limited to MRI, MRA, PET, CT Scan and other Diagnostic Procedures and Tests.

Out-of-network non-emergency care outside the service area

If you are away from home and have an emergency, go to the nearest emergency room. Call your PCP as soon as you can. Know that only emergency services are covered outside your service area. Humana Medical Plan is not responsible for non-emergency healthcare services you get from an out-of-network provider unless Humana Medical Plan approves these services.

Out-of-network care for services not available

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

Pregnancy and newborn

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

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

If you do not choose a PCP for your baby, the Managed Care Plan will select one for you. If the Managed Care Plan selects the PCP and you do not want the one selected, you can change your child to another doctor. See Changing Your PCP section.

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

Disease Management

Humana Provides a Telephonic Medicaid Disease Management Program

What is Disease Management?

Disease management is a member-focused program where nurses help members learn how to control their disease by providing education, support, community resources, and communication with their doctor and other specialists.

A Disease Management Case Manager is a licensed nurse with skills, to classify, assess, monitor, evaluate, instruct, intervene and document goals and outcomes for each member in the program.

- Diabetes
- Congestive Heart Failure
- Hypertension
- Asthma (adult and pediatric)
- HIV/AIDS
- Cancer

The Disease Management Program provides services that include but is not limited to:

- Evaluating member needs that can affect control of their disease such as physical limitations, emotional stress, transportation difficulties, and environmental needs.
- Creating individualized self-management goals based on Health history, psychosocial assessment, doctors recommendations, and member needs
- Providing education on diagnosis and treatment
- Referrals to other healthcare providers as needed
- Member and provider support regarding diagnosis, plan of care, and other health related concerns
- Educating members on recommended health checks
- Educating and assisting members on reaching disease specific diet and exercise goals

The goal of the Medicaid Disease Management program is to:

- Improve members understanding and assist self-management of their disease with education and support while following their doctors plan of care.
- Help the member to reach and maintain optimal control of their disease or diseases.
- Increase awareness of the health risks associated with certain personal behaviors and lifestyles
- Improve members' understanding of the importance of seeing their doctor or specialists for regular visits
- Help members know who to call if there is an urgent situation and in an emergency
- Find and obtain community-based resources that meet the member's medical, psychological and social needs
- Evaluate results of the program on the health of members who participate in the program

You may choose to enroll or disenroll from the program at any time by calling the number below.

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

- Phone: Call Humana at 1-800-322-2758
- Website: **Humana.com** DM Hours of Operation: Monday – Friday, 8:30 a.m. – 5 p.m., Eastern time
- If you would like to provide feedback on the Disease Management program or have a complaint, please contact: Phone: 1-800-322-2758

Complex Case Management

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

To receive additional information about the Complex Case Management Program, self-refer or opt out of the Complex Case Management Program, you may contact our Health Services Department at 1-800-322-2758.

Quality Improvement (QI) Program

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

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

Utilization Management (UM)

Humana Medical Plan wants to make sure everyone receives the right medical care from the right provider at the right time. To make sure of this, Humana Medical Plan works with your doctors and hospital to make sure the number of days you stay in the hospital and the services you receive are medically needed and right for your medical condition.

It is important to understand that:

- UM decision making at Humana is based only on appropriateness of care and service and existence of coverage.
- Humana does not specifically reward practitioners or other individuals for issuing denials of coverage.
- Financial incentives for UM decision makers do not encourage decisions that result in underutilization.

If you have questions or concerns related to utilization management, staff is available at least eight hours a day during normal business hours.

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

Quality Enhancements

Humana Medical Plan can refer you to some of the services listed below in your area. To learn more about these services, call your PCP or Humana Medical Plan Customer Service at 1-800-477-6931 (TTY: 711). We respect your right to privacy and will not share any of your information related to these programs.

- **Domestic violence program**

  Your PCP should screen you for signs of domestic violence during your visit for preventive care. You can also get educational materials from your PCP. Call your PCP or Humana Medical Plan Customer Service to find out more.

- **Pregnancy prevention program**

  Humana Medical Plan can refer you to community pregnancy prevention programs that are open to you. You can use them no matter what your age, gender, pregnancy status, or parental consent. Call your PCP or Humana Medical Plan Customer Service to find out more.

- **Prenatal/postpartum program**

  Humana Medical Plan has a before - and after - pregnancy program. You will have a case manager who will help you through your pregnancy and give you learning materials. The program also provides incentives, or ways to keep you on track, for healthy behaviors. When you have your baby, you will get more information about family planning from your case manager and your PCP. They will also refer you to the Healthy Start and WIC programs. Call your PCP or Humana Medical Plan Customer Service at 1-800-477-6931 (TTY: 711) to find out more.

- **Children's program**

  Humana Medical Plan can refer you to children's programs in your local area that help prevent health problems and give early healthcare services to families with children aged 0 - 5 years old. Humana Medical Plan also teams with your PCP to help you keep your children healthy. Talk to your PCP about these programs in your area or call Humana Medical Plan Customer Service at 800-477-6931 to find out more.

- **Behavioral Health Services**

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

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

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

Healthy Behaviors Programs

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

- **Baby Well Visit Program:**

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

- **Pediatric Well Visit Program:**

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

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

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

- **Smoking Cessation Program:**

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

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

- **Substance Abuse Program:**

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

- **Humana Family Fit Program:**

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

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

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

Family planning

You can get your family planning services from your doctor. This allows your doctor to coordinate your healthcare needs. You also can choose from any participating Medicaid doctor for family planning services. Prior approval is not needed. For more information, call Humana Medical Plan Customer Service at 1-800-477-6931 (TTY: 711).

Referrals and prior authorization

The following services are available without a referral from your PCP. That means that your PCP does not have to approve these services for you. See the Benefit Summary section of this handbook for more information.

- Podiatry (foot services)
- Dermatology (skin disorders)
- Obstetrics/gynecological services
- Mammograms from any Humana Medical Plan provider
- Chiropractor
- Yearly eye exam and glasses
- Family planning from any participating Medicaid provider
- Routine hearing exams
- Routine and preventive dental services

How to get services approved/authorized

Some services require a referral from your PCP and prior authorization from the Managed Care Plan before you can get them. See the benefits summary section for a list of some benefits that may require prior approval or authorization or ask your PCP. You can also call Customer Service at the phone number on the front of your ID card. Your PCP will ask for this approval and schedule these services for you. If you do not get approval from your PCP, you may have to pay for the medical care or services.

Services for members under age 21

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

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

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

MediKids Enrollees

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

Mental health services

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

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

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

For members in Escambia, Okaloosa, Santa Rosa, and Walton Counties: Call Access at 1-866-477-6725.

- Mental Health Care Provider

  To choose a mental healthcare provider in Miami-Dade, Monroe, Broward, Palm Beach, Indian River, Martin, Okeechobee, St. Lucie, Hardee, Highlands, Hillsborough, Manatee, and Polk Counties area call Beacon Health Options toll free at 1-800-221-5487. Members in Escambia, Okaloosa, Santa Rosa, Walton area call Access at 1-866-477-6725.

  - No referral is needed from your PCP to get behavioral health services. If you want to change your mental health provider, please call the mental healthcare provider in your area.
  - Your mental health provider will make all arrangements, approvals, and referrals for mental health specialists and hospitals.
  - For a list of providers in your area, refer to the Managed Care Plan Medicaid Member Handbook & Provider Directory.
  - If you are unhappy with your current Managed Care Plan mental health provider, you may choose another in-network provider at no cost to you.

- **Mental Health Services**

  Treatment for psychiatric and emotional disorders includes the following services:

  - Counseling
  - Evaluation and testing services
  - Therapy and treatment services
  - Pet Therapy
  - Art Therapy
  - Rehabilitation services
  - Substance abuse services
  - Children's behavioral healthcare services
  - Day treatment services

  For more information on behavioral health services, call the mental healthcare provider in your area. There may be limitations, exclusions, and limits on out-of-network providers.

- **Access to Your Mental Health Provider**

  The Managed Care Plan has many mental health providers in your area to provide the care you need. In most areas you are 30 minutes or less away from mental health providers and hospitals and 110 minutes or less away from specialists.

  - You can get urgently needed care in less than 24 hours.
  - Urgently needed care is when you are very sick but your life is not in danger.
  - You can get a well care visit within four weeks after you call your mental health provider.
  - You can get routine care in less than one week after you call your mental health provider.

- **Emergency Mental Health Care within the Service Area**

  If you have an emergency, go to the closest emergency room or urgent care facility. Services after you are stabilized are provided without prior approval. Please follow up with your PCP as soon as you can. Call your mental healthcare provider first if you are not sure if your problem is an emergency. You can call your mental healthcare provider in your area 24 hours a day.

  Emergency mental health conditions include:

  - Danger to yourself or others
  - Unable to carry out actions of daily life
  - Serious harm to the body that may cause death

- **Emergency Mental Health Care outside the Service Area**

  If you are outside the service area and you have an emergency (see Emergency Mental Conditions), go to the closest emergency room or urgent care facility. Services after you're stabilized are provided without prior approval. Please follow up with your PCP as soon as you can. Call your mental healthcare provider first if you're not sure if your problem is an emergency. You can call the mental healthcare provider in your area 24 hours a day.

  Members in Miami-Dade, Monroe, Broward, Palm Beach, Indian River, Martin, Okeechobee, St. Lucie, Hardee, Highlands, Hillsborough, Manatee, and Polk Counties can call the: Beacon Health Options Crisis Hotline, 24 hours a day at 1-800-221-5487.

  Members in Escambia, Okaloosa, Santa Rosa, and Walton Counties can call the: Access Behavioral Health Crisis Hotline, 24 hours a day at 1-866-477-6725.

- **Out-of-Network Nonemergency Mental Health Care outside the Service Area**

  The Managed Care Plan is not responsible for nonemergency mental healthcare services you get from an out-of-network provider unless The Managed Care Plan approves those services.

  *Post stabilization services are provided without prior authorization.

In Lieu of Services

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

SECTION 5 – People Who Have Both Medicare and Medicaid

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

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

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

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

Here is what will not change:

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

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

SECTION 6 – Benefit Summary

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

Benefits	You Pay*	Additional Information
Inpatient Hospital Services/Behavioral Health	$0	May need prior authorization or a referral. Your PCP or Customer Service can give you more details.
Hospital Outpatient/Surgery	$0	May need prior authorization or a referral. Your PCP or Customer Service can give you more details. See "Inpatient Hospital Services".
Lab/X-ray	$0	May need prior authorization or a referral. Your PCP or Customer Service can give you more details.
Hospital Outpatient Services (non-emergency)	$0	No monetary limit on outpatient services. Subject to medical necessity. May need prior authorization or a referral.
Outpatient Therapy (physical/respiratory/speech/ occupational)	$0	May need prior authorization or a referral. Your PCP or Customer Service can give you more details.
Emergency Room	$0	
Ambulatory Surgery	$0	May need prior authorization or a referral. Your PCP or Customer Service can give you more details.
Dialysis Services	$0	May need prior authorization or a referral. Your PCP or Customer Service can give you more details.
Chemotherapy Services	$0	May need prior authorization or a referral. Your PCP or Customer Service can give you more details.
Primary Care Provider/ARNP/PA	$0	
Specialty Physician	$0	May need prior authorization or a referral. Your PCP or Customer Service can give you more details.
Clinic (FQHC, RHC)	$0	May need prior authorization. Your PCP or Customer Service can give you more details.
Family Planning/Maternity Services	$0	May need prior authorization. Your PCP or Customer Service can give you more details.

Benefits	You Pay*	Additional Information
Birth Center and Licensed Midwife Services	$0	May need prior authorization or a referral. Your PCP or Customer Service can give you more details.
Hospice	$0	
Home Health Services	$0	May need prior authorization or a referral. Your PCP or Customer Service can give you more details. See Home Health Services on page 38.
Nursing Care	$0	
Assistive Care Services	$0	See Assistive Care Services on page 36.
Chiropractor	$0	May need prior authorization. Your PCP or Customer Service can give you more details.
Podiatrist	$0	May need prior authorization. Your PCP or Customer Service can give you more details.
Dental Services	$0	See Dental Services on page 37.
Vision Services	$0	See Vision Services on page 37.
Hearing Services	$0	See Hearing Services on page 37.
Outpatient/Behavioral Health	$0	May need prior authorization or a referral. Your PCP or Customer Service can give you more details.
Outpatient/Pharmacy	$0	Medications received in a doctor's office may need prior authorization. Medications received from your pharmacy may be subject to step therapy, prior authorization or quantity limits.
Non-emergency Transportation	$0	May need prior authorization or a referral. Your PCP or Customer Service can give you more details.
Ambulance	$0	May need prior authorization or a referral. Your PCP or Customer Service can give you more details.
Durable Medical Equipment	$0	May need prior authorization or a referral. Your PCP or Customer Service can give you more details.

Additional Benefit Information

Inpatient Hospital Services:

For members age 20 and below :

Physical and Behavioral Health

- The plan shall provide up to 365 days of health related inpatient care, including behavioral health each year.
- Prior authorization and other limits may apply.

Transplant Services

- The Plan will cover medically necessary transplants and related services.
- Prior authorization and other limits may apply.

For Pregnant adults:

Physical and Behavioral Health

- The plan shall provide up to 365 days of health related inpatient care, including behavioral health each year.
- Prior authorization and other limits may apply.

Transplant Services

- The Plan will cover medically necessary transplants and related services.
- Prior authorization and other limits may apply.

For non-pregnant members age 21 and older:

Physical and Behavioral Health

- The plan will cover up to 45 days of inpatient coverage and up to 365 days of emergency inpatient care, including behavioral health.
- Prior authorization and other limits may apply.

Transplant Services

- The Plan will cover medically necessary transplants and related services.
- Prior authorization and other limits may apply.

Assistive Care Services:

You may qualify for Assistive care services if you reside in an assisted living facility, mental health residential treatment facility, or an adult family-care home.

Assistive care services are provided to individuals who demonstrate functional limitations and must be based on need as confirmed by an assessment and provided in accordance with an individual service plan for each resident developed from an annual assessment.

Assistive care services are similar to services typically provided in residential care facilities to residents who require an integrated set of services on a 24-hour basis. They include assistance with activities of daily living, assistance with instrumental activities of daily living, medication assistance, and health support.

Prior authorization and referral may apply.

Nursing Care

Medically necessary in home shift nursing and personal care services provided by a registered nurse (RN), licensed practical nurse (LPN) or Certified Nurse's Aide under the direction of a qualified home health agency.

Vision services

You are covered for medically necessary services including examination, diagnosis, treatment and management of eye disease, vision exams for eyeglasses and medically necessary services and supplies like eyeglasses, prosthetic eyes and contact lenses; fitting, dispensing and adjusting eyeglasses and eyeglass repair services. For members under the age of 21, the plan covers: unlimited glasses.

For members ages 21 and over, the plan covers:

- One (1) set of glasses every (2) years;
- One (1) set of frames per year; member pays any cost over fifty dollars ($50) for specialty contact lenses and a twenty percent (20%) discount on extra cost.
- Prior authorization may be required.

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

Hearing services

You are covered for medically necessary hearing screenings and diagnostic testing.

The plan also covers hearing aids, hearing aid fitting and dispensing, and hearing aid repairs and accessories.

Medically necessary cochlear implant services including provision of the device, post-operative tuning of the headset, and replacement and repairs by physicians, audiologists and hearing aid specialists are also covered.

The plan covers:

- Unlimited hearing aid repairs, maintenance and cleaning in the doctors office
- Forty (40) hearing aid batteries a year per new hearing aid
- One (1) factory hearing aid repair every 3 years

Call HearUSA at 1-877-664-9353 for a Humana Medical Plan hearing provider near you.

Dental services

Full dental services are covered for members age 20 and below.

All members are covered for denture and denture-related services and oral and maxillofacial surgery services for all members.

For members age 21 and older, the plan covers:

- Emergency dental services
- One (1) basic exam every six (6) months
- One (1) X-ray per year
- One (1) cleaning every six (6) months
- One (1) fluoride treatment every six (6) months
- One (1) periodontal treatment every three (3) years*
- One (1) restorative treatment every three (3) years or every five (5) years*

*Prior authorization may be required

Call DentaQuest at 1-844-231-8316 (TTY: 711) to find out more about dental services and how to choose a dentist.

Newborn Circumcision

Your newborn male child is covered up to 12 weeks of age. Call Humana Medical Plan at 1-800-477-6931 (TTY: 711) for more information.

Post discharge home-delivered meals

Covers 10 frozen, precooked meals delivered to your home after discharge from inpatient hospital visit, Long term acute care hospital or rehabilitation facility. Limitations: Must receive Humana Case Manager approval. Limited to once per benefit year. Call Humana Medical Plan at 1-800-477-6931 (TTY: 711).

Physician home visits

If your doctor feels you are unable to travel to a provider office or clinic to receive services, you are covered for doctor visits to your home. Subject to prior authorization. Call Humana Medical Plan at 1-800-477-6931 to find out more about this benefit.

Vaccines

You are covered for pneumonia, Influenza (flu), and shingles vaccines. Talk to your PCP to find out more about this benefit.

Nutritional counseling

Medically necessary nutritional counseling sessions through participating providers. Limit of six sessions per year. PCP referral and prior authorization may be required.

Medically Related Lodging and food

You may be covered for medically related expenses, including lodging and food in the event that you are not able to visit a provider for a medically necessary service the local service area. This benefit is limited to the member and one (1) companion.

Prior Authorization and other limits may apply. Call Humana Medical Plan at 1-800-477-6931 (TTY: 711) to find out more about this benefit.

Home Health Services

You are covered for unlimited home health visits. Includes medically necessary intermittent skilled nursing care, home health aide services, and rehabilitation services. Prior authorization and referral may be required.

AIDS Services

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

Non-Covered Services

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

Discrimination is Against the Law

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

Humana Inc. and its subsidiaries provide:

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

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

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

Discrimination Grievances
P.O. Box 14618
Lexington, KY 40512 - 4618
1-800-477-6931 or if you use a TTY, call 711.

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

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201
1-800–368–1019, 800-537-7697 (TDD)
Complaint forms are available at http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Multi-Language Interpreter Services

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

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

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

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

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

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

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

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

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

العربية (Arabic):

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

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

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

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

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

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

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

Contenido

Sección I: Información importante para los afiliados

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

Sección II: Sus derechos

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

Sección III: Su PCP

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

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

Sección IV: Su cuidado

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

Sección V: Personas que tienen Medicaid y Medicare

Personas que tienen Medicaid y Medicare 74

Sección VI: Sus beneficios

Resumen de beneficios 75
Información adicional de beneficios 78

CÓMO USAR ESTE MANUAL

¡Bienvenido a Humana Medical Plan!

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

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

Su tarjeta de identificación

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

Humana®

Humana Medical Plan

MEMBER NAME

Member ID: HXXXXXXXX

Medicaid ID#: XXXXXXXX
Date of Birth: XX/XX/XX
Effective Date: XX/XX/XX

Group #: XXXXXXX
RxBIN: 610649
RxPCN: 03190000

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

SAMPLE

Member/Provider Service:	**1-800-477-6931**
Pharmacist Rx Inquiries:	1-800-865-8715
Pre-Certification and/or admission notification call:	1-800-523-0023
AHCA HMO Complaint Hotline:	1-888-419-3456

Please mail all claims to:

Humana Medical
P.O. Box 14601
Lexington, KY 40512-4601

SAMPLE

SECCIÓN 1

Información importante para los afiliados

- Tenga a bien leer y guardar este manual para los afiliados en un lugar seguro. Usted debe saber cómo funciona su plan de salud.
- Para afiliarse a Humana Medical Plan, debe tener Medicaid y vivir en una de estas regiones:
  - Región 1: Condados de Escambia, Santa Rosa, Okaloosa y Walton
  - Región 6: Condados de Hardee, Highlands, Hillsborough, Manatee y Polk
  - Región 9: Condados de Indian River, Martin, Okeechobee, Palm Beach, y St. Lucie
  - Región 10: Condado de Broward
  - Región 11: Condados de Miami-Dade y Monroe
- Como afiliado de Humana Medical Plan, usted tiene derechos y responsabilidades, los cuales se detallan en este manual. También puede pedirle a su médico de cuidado primario que le muestre una copia de los mismos.
- Todos los afiliados de Humana Medical Plan del mismo hogar pueden recibir cuidado del mismo proveedor de cuidado primario.
- Muestre siempre su tarjeta de identificación de Humana Medical Plan cuando visite el consultorio de su proveedor de cuidado primario, una farmacia o el hospital.
- Si llama a Servicio al cliente de Humana Medical Plan al número gratuito 1-800-477-6931 (TTY: 711), podrá obtener el listado de proveedores. También puede visitar nuestro sitio web **Humana.com/members** para ver el directorio de proveedores.
- Si tiene preguntas sobre los servicios que cubre su plan, llame a Servicio al cliente al 1-800-477-6931 (TTY: 711).
- Para solicitar servicios de asesoramiento y salud mental:
  - Comuníquese con Beacon Health Options al 1-800-221-5487 para los condados de Miami-Dade, Monroe, Broward, Palm Beach, Indian River, Martin, Okeechobee, St. Lucie, Hardee, Highlands, Hillsborough, Manatee y Polk.
  - Comuníquese con Servicios para la salud del comportamiento Access al 1-866-477-6725 para los condados de Escambia, Okaloosa, Santa Rosa y Walton.
- Si tiene preguntas sobre su salud, puede hablar con una enfermera en cualquier momento, las 24 horas del día, llamando a Servicio al cliente de Humana Medical Plan al 1-800-477-6931 (TTY: 711).
- Para averiguar sobre los indicadores de calidad o las encuestas de satisfacción de los afiliados, llame a Servicio al cliente al 1-800-477-6931 (TTY: 711).
- Para obtener información sobre los límites de beneficios y las políticas escritas de Humana, llame al 1-800-477-6931 (TTY: 711).
- Háganos saber cómo podemos mejorar Humana Medical Plan. Llame a Servicio al cliente al 1-800-477-6931 (TTY: 711).
- Hay ubicaciones en toda Florida donde las preguntas de los afiliados de Medicaid podrán recibir respuesta en persona. Para encontrar una ubicación cerca de usted, llame a Servicio al cliente al 1-800-477-6931 (TTY: 711).
- Para obtener información sobre la estructura y las operaciones de Humana Medical Plan, llame a Servicio al cliente al 1-800-477-6931 (TTY: 711).
- Esta información está disponible en forma gratuita en otros idiomas. Contacte con Servicio al cliente llamando al 1-800-477-6931. Si usa un TTY, llame al 711, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

- This information is available for free in other languages. Please contact our Customer Service number at 1-800-477-6931. If you use TTY, call 711. Monday - Friday, 8 a.m. to 8 p.m.

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

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

Para solicitar servicios, llame al 1-800-96-ELDER (1-800-963-5337) o contacte con el Centro de Recursos para Discapacitados y Ancianos local.

- Región 1: condados de Escambia, Okaloosa, Santa Rosa y Walton: 1-850-494-7101
- Región 6: condados de Hardee, Highlands, Hillsborough, Manatee y Polk: 1-813-740-3888
- Región 9: condados de Indian River, Martin, Okeechobee, Palm Beach y St. Lucie: 1-561-684-5885
- Región 10: condado de Broward: 1-954-745-9567
- Región 11: condados de Miami-Dade y Monroe: 1-305-670-6500

Números de teléfono

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

SECCIÓN 2

Sus derechos

1. Usted tiene derecho a ser tratado con cortesía y respeto, con aprecio por su dignidad individual y protección de su necesidad de privacidad.
2. Usted tiene derecho a recibir respuestas inmediatas y lógicas a preguntas y solicitudes.
3. Usted tiene derecho a saber quién provee los servicios médicos y quién es el responsable de su cuidado.
4. Usted tiene derecho a saber qué servicios de apoyo al paciente están disponibles, incluida la posible disponibilidad de un intérprete si no habla inglés.
5. Usted tiene derecho a saber qué normas y reglamentaciones se aplican a su conducta.
6. Usted tiene derecho a recibir del proveedor de cuidado de la salud información relacionada con el diagnóstico, el curso de tratamiento planificado, las alternativas, los riesgos y el pronóstico.
7. Usted tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento, excepto según lo prohíba de alguna otra forma la ley.
8. Usted tiene derecho a recibir, a pedido, información completa y el asesoramiento necesario sobre la disponibilidad de recursos financieros conocidos para su cuidado.
9. Si usted reúne los requisitos para Medicare, tiene derecho a saber, a pedido y con antelación al tratamiento, si el proveedor de cuidado de la salud o centro de cuidado de la salud aceptan la tarifa de asignación de Medicare.
10. Usted tiene derecho a contar, a pedido y antes del tratamiento, con un presupuesto razonable de los cargos del cuidado de la salud.
11. Usted tiene derecho a recibir una copia de una factura desglosada, razonablemente clara y comprensible y, a pedido, disponer de una explicación de los cargos.
12. Usted tiene derecho al acceso imparcial a tratamiento médico o instalaciones, independientemente de la raza, origen nacional, religión, discapacidad o fuente de pago.
13. Usted tiene derecho a recibir tratamiento por cualquier afección de emergencia que deteriorará su salud ante la falta de tratamiento.
14. Usted tiene derecho a saber si un tratamiento médico cumple con los fines de una investigación experimental y a dar su consentimiento o negarse a participar en dicha investigación experimental.
15. Usted tiene derecho a presentar quejas formales con relación a cualquier violación de sus derechos, según lo estipulan las leyes de Florida, a través del procedimiento de queja formal del proveedor de cuidado de la salud o del centro de cuidado de la salud que le prestaron servicios y ante la agencia de concesión de matrículas del estado pertinente.
16. Usted tiene derecho a participar en las decisiones sobre su cuidado de la salud, incluido el derecho a negarse a recibir tratamiento, excepto según lo prohíba de alguna otra forma la ley.
17. Usted tiene derecho a recibir información sobre opciones y alternativas de tratamiento disponibles, presentadas de una manera acorde a su afección y capacidad de comprensión.

La discriminación es contra la ley

Humana Inc. y sus subsidiarias (“Humana”) cumplen con todas las leyes aplicables de derechos civiles federales y no discriminan por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Si necesita ayuda, puede contactar con Steve Amshoff, su coordinador de Cumplimiento de no discriminación al:

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

Sus responsabilidades

1. Usted tiene la responsabilidad de brindarle al proveedor de cuidado de la salud, a su leal saber y entender, información precisa y completa sobre sus dolencias actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otros temas relacionados con su salud.
2. Usted tiene la responsabilidad de informar a su proveedor de cuidado de la salud de cambios inesperados en su afección.
3. Usted tiene la responsabilidad de comunicarle a su proveedor de cuidado de la salud si comprende un posible curso de acción y lo que se espera de usted.
4. Usted tiene la responsabilidad de seguir el plan de tratamiento recomendado por su proveedor de cuidado de la salud.
5. Usted tiene la responsabilidad de asistir a las citas y, cuando no esté en condiciones de hacerlo cualquiera sea la razón, de notificar al proveedor de cuidado de la salud o centro de cuidado de la salud.
6. Usted es responsable de sus acciones si se niega a recibir tratamiento o no sigue las instrucciones del proveedor de cuidado de la salud.
7. Usted es responsable de garantizar el cumplimiento de las obligaciones financieras respecto a su cuidado de la salud tan pronto sea posible.
8. Usted tiene la responsabilidad de cumplir con las normas y reglamentaciones del centro de cuidado de la salud que afecten el cuidado y el comportamiento del paciente.

Inscripción

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

Inscripción abierta

Si usted se inscribió obligatoriamente, el estado le enviará una carta 60 días antes de que termine el año de inscripción para comunicarle que puede cambiar de plan si lo desea. Esto se denomina “inscripción abierta”. No está obligado a cambiar de Planes de cuidado coordinado. Si opta por cambiar de plan durante la inscripción abierta, empezará a tener el nuevo plan al final del año de inscripción en curso. Ya sea que elija un plan nuevo o conserve el mismo plan, estará inmovilizado en ese plan durante los 12 meses siguientes. Todos los años puede cambiar de Plan de cuidado de la salud coordinado durante el período de inscripción abierta de 60 días, sin justificación.

Desafiliación

Si usted se inscribió obligatoriamente y quiere cambiar de plan después de que finaliza el período inicial de 120 días o el período de inscripción abierta, debe tener una causa justificada aprobada por el estado para cambiar de plan. Las siguientes son causas justificadas aprobadas por el estado para cambiar de Planes de cuidado coordinado:

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

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

7. El afiliado se encuentra en el Plan de cuidado de la salud coordinado incorrecto según lo determina la Agencia.
8. El Plan de cuidado de la salud coordinado ya no participa en la Región.
9. El estado le ha impuesto sanciones intermedias al Plan de cuidado de la salud coordinado, según lo especificado en 42 CFR 438.702(a)(3).
10. El afiliado necesita que se realicen servicios relacionados en forma concurrente, pero no todos los servicios relacionados están disponibles dentro de la red del Plan de cuidado de la salud coordinado, o el proveedor de cuidado primario (PCP) del afiliado ha determinado que recibir los servicios en forma separada lo sometería a usted a riesgos innecesarios.
11. El Plan de cuidado de la salud coordinado no cubre, debido a objeciones morales o religiosas, el servicio o no provee la orientación que el afiliado necesita.
12. El afiliado no hizo uso de la inscripción abierta debido a una pérdida temporal de la elegibilidad.
13. Otros motivos contemplados por 42 CFR 438.56(d)(2) y s.409.969(2), F.S., que incluyen, entre otros:
    - Mala calidad del cuidado
    - Falta de acceso a los servicios cubiertos en virtud del contrato
    - Cambios desmedidos o inapropiados de los proveedores de cuidado primario
    - Dificultades de acceso a los servicios debido a cambios significativos en la ubicación geográfica de los servicios
    - Demora o denegación inadmisible de un servicio
    - Falta de acceso a proveedores con experiencia en el manejo de sus necesidades de servicios de salud
    - Inscripción fraudulenta

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

Algunos beneficiarios de Medicaid pueden cambiar de Planes de cuidado coordinado cuando lo decidan, por cualquier motivo. Para averiguar si puede cambiar de plan, llame al agente de inscripción al 1-877-711-3662 (teléfono), 866-467-4970 (TDD).

Restablecimiento

No puede estar inscrito en Humana Medical Plan si pierde su beneficio de Medicaid. Si lo recupera dentro del plazo de 180 días (6 meses), Medicaid lo inscribirá nuevamente en Humana Medical Plan. Humana Medical Plan le notificará por escrito en caso de ser inscrito nuevamente en Humana.

Traslados

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

Si se muda a otro condado y no continuará con el mismo PCP, llame a Servicio al cliente de Humana al 1-800-477-6931 (TTY: 711) y háganoslo saber. Podemos ayudarle a buscar un nuevo proveedor de cuidado primario en su zona.

Consentimiento informado

Usted debe expresar su consentimiento a todo tratamiento médico, a menos que se encuentre en una emergencia y su vida esté en peligro. Tiene derecho a comprender plenamente cualquier procedimiento y el motivo por el cual dicho procedimiento es necesario. Hable con su proveedor de cuidado primario si no desea someterse a un procedimiento. Su PCP le indicará cuáles son sus opciones, de modo que usted pueda tomar una buena decisión.

Instrucciones anticipadas

Su cuidado de la salud es decisión suya

Las instrucciones anticipadas son una manera de informar a otros sobre sus deseos. Su proveedor de cuidado primario le explicará qué son las instrucciones anticipadas y por qué son importantes. Puede que le interese preguntarle a su proveedor de cuidado primario al respecto. Usted puede cambiar o cancelar las instrucciones anticipadas en cualquier momento. Si realiza cambios, infórmeselo a su PCP u otros proveedores, y a sus familiares.

Humana dispone de un formulario denominado "Cinco deseos" (5 Wishes) que usted puede completar para dar a conocer sus deseos en relación con los servicios de cuidado de la salud. Este formulario puede utilizarse como sus instrucciones anticipadas. Si desea obtener una copia, llame a Servicio al cliente de Humana al 1-800-322-2758.

Si tiene 18 años o más, tiene derecho a negarse a cualquier tratamiento médico, incluidos los procedimientos que permitirían mantenerlo con vida en contra de sus deseos. En 1990, el Congreso aprobó la Ley de Autodeterminación del Paciente. De conformidad con esta ley, las organizaciones de cuidado de la salud deben informar a los pacientes cómo ejercer este derecho con la ayuda de las instrucciones anticipadas. Puede comunicarse con un abogado, con la oficina local de asesoramiento jurídico o con la Asociación Médica de Florida para obtener ayuda sobre cómo preparar las instrucciones anticipadas.

- **Las instrucciones anticipadas** (que permiten dar a conocer sus deseos) son un documento legal que le informa a su médico o cuidador qué tipo de tratamiento desea o no desea recibir en caso de verse incapacitado para expresarse por su cuenta. Los dos tipos son el testamento en vida y el poder notarial duradero para decisiones sobre el cuidado de la salud.
- **Un testamento en vida** describe cómo y qué tipo de cuidado desea recibir en caso de perder el conocimiento o padecer una afección terminal que le ocasionará la muerte. Puede usar su testamento en vida para informarles a su proveedor de cuidado primario u otros médicos tratantes cuándo deben continuar o interrumpir los esfuerzos "heroicos" para mantenerlo con vida.
- **Un poder notarial duradero** para decisiones de cuidado de la salud designa a la persona que tomará las decisiones respecto de su tratamiento en su nombre, en caso de que se vea imposibilitado de tomar decisiones o hablar por cuenta propia.

El testamento en vida o el poder notarial duradero para decisiones sobre el cuidado de la salud entran en vigencia solo cuando usted no puede tomar decisiones ni hablar por sí mismo. Puede presentar una queja si considera que su proveedor no ha cumplido con las leyes y reglamentaciones que rigen las instrucciones anticipadas. Llame a la Línea directa para quejas del consumidor al 1-888-419-3456.

Confidencialidad

Humana Medical Plan respeta su derecho a la privacidad. Debemos tener su consentimiento por escrito para divulgar información médica sobre usted. No entregaremos su información a patronos, contratistas, investigadores, personal médico o de consultorios o cualquier otra persona, a menos que las leyes lo permitan.

Cómo solicitar una copia de su expediente:

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

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

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

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

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

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

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

Procedimiento de presentación de quejas formales y apelaciones de los afiliados

Queja formal: Usted no está satisfecho con una cuestión que no es una acción, según se define más abajo. Por ejemplo, si no le gusta cómo lo trató su proveedor.

Apelación: Usted desea revisar una "acción". Por ejemplo, si se le niega un servicio que solicitó.

Acción:

- Denegar o limitar la aprobación de un servicio solicitado en virtud de 42 CFR 438.400(b)
- Cambiar o cancelar un servicio que estaba aprobado
- Denegar el pago de un servicio
- No proporcionar servicios en forma oportuna

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

Cómo presentar una queja formal o una apelación

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

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

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



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

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

Tiene derecho a obtener servicios durante el proceso de queja/queja formal/apelación. Si desea que continúen sus servicios, tendrá que presentar la apelación en, o antes de, la fecha en que se le envíe la notificación de determinación adversa respecto de los beneficios; o dentro de los 10 días hábiles siguientes a la fecha de vigencia prevista de la acción, la fecha que sea posterior. Sin embargo, si la decisión respecto de la queja o apelación no le favorece, tal vez tenga que pagar por esos servicios.

La queja formal/apelación debe incluir la siguiente información:

- Su nombre, dirección, número de teléfono y número de identificación
- Datos y detalles de lo que usted hizo para resolver el asunto
- Qué medida desea que se implemente
- Su firma
- Fecha

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

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

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

Si desea solicitar este tipo de apelación, llame a Humana Medical Plan al 1-888-259-6779. Si se concluye que no es necesario un proceso acelerado, Humana se lo informará y continuará con el proceso estándar.

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

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

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

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

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

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

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

Denuncia de presunto fraude

Para informar cualquier supuesto fraude o abuso en perjuicio de Medicaid Florida, llame a la Línea directa para quejas del consumidor al número gratuito 1-888-419-3456 o complete un Formulario de queja de fraude y abuso contra Medicaid, que se encuentra disponible en línea en: **https://apps.ahca.myflorida.com/InspectorGeneral/fraud_complaintform.aspx**; si informa un supuesto fraude y su informe resulta en una sanción, multa o confiscación de propiedad de un médico u otro proveedor de cuidado de la salud es posible que reúna los requisitos para recibir una recompensa a través del Programa de Recompensas al Informante de Fraudes (Fraud Rewards Program) del Ministerio de Justicia (número gratuito 1-866-966-7226 o 1-850-414-3990). La recompensa puede ser de hasta un veinticinco por ciento (25%) de la cantidad recuperada o hasta $500,000 por caso (Capítulo 409.9203 de los Estatutos de Florida). Puede hablar con el despacho del Ministerio de Justicia para que se proteja y se mantenga la confidencialidad de su identidad.

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

Denuncias de abuso

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

Información importante en el sitio web de Humana Medical Plan

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

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

También puede encontrar un médico o dentista y hacer clic en importantes enlaces.
Vaya a nuestro sitio web en www.humana.com/medicaid/florida/mma

SECCIÓN 3: SU PROVEEDOR DE CUIDADO PRIMARIO

Su proveedor de cuidado primario (PCP)

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

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

Cómo cambiar de PCP

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

Acceso a su PCP

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

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

Cobertura fuera del horario de atención

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

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

PCP y otros proveedores

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

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

Continuidad de cuidado

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

Segunda opinión

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

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

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

Indicadores de calidad

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

Pagos de incentivos a médicos

Humana Medical Plan cuenta con una gran red de médicos, hospitales y farmacias para proporcionarle los servicios que necesita. Puede consultar si tenemos planes financieros especiales con médicos. Llame a Servicio al cliente al 1-800-477-6931 (TTY: 711) y pregunte sobre nuestros pagos a médicos.

Nuevo tratamiento médico

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

Cuidado preventivo

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

El cuidado preventivo incluye lo siguiente:

- Exámenes físicos rutinarios
- Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos
- Mamografía de detección
- Prueba de detección de cáncer de próstata
- Prueba de detección de abuso de alcohol y asesoramiento
- Pruebas de detección colorrectales
- Prueba de detección de depresión
- Prueba de detección de diabetes
- Electrocardiograma de detección
- Prueba de detección de VIH
- Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento
- Vacunas

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

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

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

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

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

Consultas para el bienestar infantil

Humana Medical Plan le enviará un recordatorio para que programe el examen de control y la(s) vacuna(s) anuales de su hijo. Este recordatorio incluye información sobre beneficios de salud y pautas que debe seguir.

Asegúrese de hablar con el proveedor de cuidado primario de su hijo sobre las pruebas de detección de plomo. Se le debe realizar al niño una prueba de detección de plomo en sangre a los 12 meses y a los 24 meses de edad.

Padres: El cuidado de sus hijos debe adecuarse a las pautas de la guía que se brindan a continuación. Hable con el proveedor de cuidado primario de sus hijos sobre vacunas, exámenes de control regulares y pruebas de detección de plomo. Utilice la lista de control para respetar el calendario de vacunas y llévela a las citas con el proveedor de cuidado primario de sus hijos.

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

Calendario de vacunación

Edad	Al nacer	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	15 meses	18 meses	19 a 23 meses	4 a 6 años	7 a 10 años	11 a 12 años	13 a 18 años
HepB (Hepatitis B)												
Dtap/Tdap (difteria, tétanos, tos ferina)								Refuerzo		Refuerzo		Refuerzo
Hib (haemophilus influenza tipo b)							Refuerzo	Refuerzo	Refuerzo			
Polio								Refuerzo		Refuerzo	Refuerzo	Refuerzo
PCV (neumococo conjugada)							Refuerzo	Refuerzo	Refuerzo			
RV (Rotavirus)												
MMR (sarampión, paperas, rubéola)							Refuerzo	Refuerzo		Refuerzo	Refuerzo	Refuerzo
Varicela							Refuerzo	Refuerzo		Refuerzo	Refuerzo	Refuerzo
HepA (hepatitis A)									Refuerzo	Refuerzo	Refuerzo	Refuerzo
HPV (virus del papiloma humano)												
MCV4 (vacuna meningocócica conjugada)												
Influenza (gripe)							Una vez por año					

Productos de farmacia

Medicamentos recetados

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

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

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

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

Si decimos que *sí* a su solicitud de una excepción, debemos brindarle la cobertura en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico o de la persona que expide la receta que avala la solicitud. Por lo general, la excepción es válida hasta el final del año calendario. Esto será así mientras su médico le siga recetando el medicamento y ese medicamento continúe siendo seguro y eficaz para tratar su afección.

Si decimos que *No* a su solicitud de una excepción, le enviaremos una carta en la que se explica por qué dijimos que *No.* En la carta también se le informará cómo puede apelar nuestra decisión.

El 1° de septiembre de 2011, se modificó el proceso para que los niños menores de 13 años reciban ciertos medicamentos para el tratamiento de trastornos mentales. Los padres y tutores legales deben firmar un formulario de consentimiento con el proveedor para recibir este medicamento, que se denomina medicamento psicoterapéutico. El farmacéutico necesitará este formulario con cada receta nueva. Para las repeticiones no se requerirá un consentimiento nuevo. Existen varias maneras de presentar este formulario en la farmacia. Hable con su proveedor sobre este medicamento y sobre la mejor manera de entregar el formulario en su farmacia.

Programa de productos sin receta (OTC) obtenidos a través de PrescribeIT 1-800-526-1490

Este beneficio le brinda $17.50 por mes por afiliado (los saldos sin usar no son acumulables). Los pedidos se le enviarán a su domicilio por UPS o por el servicio postal de los EE. UU. No deberá pagar ningún cargo por el envío. Transcurrirán entre 10 y 14 días hábiles desde el momento en que se reciba el pedido.

Recibirá un medicamento genérico que es similar al medicamento de marca. Consulte a su médico antes de tomar cualquier producto o complemento nutricional de venta sin receta. Esta lista de productos está sujeta a cambios. Este programa está disponible únicamente para los afiliados de Humana Medicaid que tienen un plan con esta oferta de productos de venta sin receta.

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

Nota: Recibirá el equivalente genérico de todos los artículos

Antiácidos, antidiarreicos y laxantes

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

Medicamentos para tos, resfriado y alergias

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

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

Control de la diabetes

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

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

Suministros médicos/primeros auxilios

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

Salud del hombre

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

Analgésicos

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

Cuidado personal

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

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

Cuidado de la piel

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

Vitaminas, minerales y suplementos*

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

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

Salud de la mujer

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

Humana Medical Plan

Una boca saludable con dientes y encías saludables puede mejorar su salud general.

Recuerde que ¡una boca y dientes saludables son partes importantes de un cuerpo saludable!

Sabemos que usted desea lo mejor para su familia y que puede ayudarles a cuidar la salud de sus dientes y encías.

¿Cómo puede lograr una boca saludable y mantenerla?

- Cepíllese dos veces al día
- Use hilo dental día por medio para eliminar cualquier resto de comida entre los dientes
- Consuma alimentos saludables todos los días; asegúrese de que sus comidas y bocadillos contengan ingredientes de los cinco grupos de alimentos:
  - Panes, cereales y otros granos
  - Frutas
  - Vegetales
  - Carne de res, pollo, pescado, legumbres y huevos
  - Leche, queso, yogur

Aquí incluimos algunos consejos más para ayudarle a cuidar la salud bucal:

- Si está embarazada, debe saber que las mujeres con enfermedades de las encías presentan mayor riesgo de parto anticipado. Esto se debe a que la infección en la boca de la madre puede iniciar el trabajo de parto en forma temprana.
- Es importante que cuide la boca de su bebé, incluso antes de que le salgan los dientes.
- ¡Programe la primera consulta de su hijo al dentista cuando aparezca el primer diente!
- Programe consultas al dentista cada seis meses. Su dentista:
  - Se asegurará de que la boca y los dientes estén creciendo adecuadamente
  - Evaluará si hay caries
  - Tomará radiografías para ver más allá de lo que ven los ojos
  - Limpiará y pulirá los dientes
  - Ayudará a prevenir las caries
  - Le informará cómo prevenir lesiones en la boca

¡El trabajo conjunto con su dentista ayudará a que toda su familia tenga una sonrisa saludable! Para buscar un dentista, llame a DentaQuest al 1-844-231-8316 (TTY: 711).

espanol.humana.com

Humana®

SECCIÓN 4: SU CUIDADO

Cuidado de urgencia o en casos de emergencia

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

- ¿Es seguro esperar y llamar primero a mi proveedor de cuidado primario?
- ¿Es seguro esperar y concertar una cita con mi proveedor de cuidado primario uno o dos días después?
- ¿Es seguro esperar si puedo concertar una cita con mi proveedor de cuidado primario hoy?
- ¿Podría fallecer o sufrir una lesión grave si no recibo asistencia médica de inmediato?

Si tiene una emergencia, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias o centro de cuidado de urgencia más cercano. Estos son algunos ejemplos:

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

Llame a su proveedor de cuidado primario lo antes posible cuando esté en el hospital o cuando reciba cuidado en casos de emergencia. Puede llamar a su proveedor de cuidado primario las 24 horas del día. No necesita aprobación antes de recibir servicios en casos de emergencia.

Si el médico de la sala de emergencias a cargo de su tratamiento le informa que su visita no es de emergencia, tendrá la opción de quedarse y recibir tratamiento médico o de consultar a su médico de cuidado primario. Si decide quedarse, usted deberá pagar los costos del tratamiento.

Si recibe tratamiento por una emergencia y el médico tratante le recomienda algún tratamiento una vez que se ha estabilizado, comuníquese con su PCP de Humana Medical Plan. Estos servicios no requieren autorización previa.

Transporte de emergencia y sin carácter de emergencia

- Para solicitar servicios de transporte de emergencia, llame al 911.
- Si necesita transporte a una cita de cuidado de la salud sin carácter de emergencia, comuníquese con LogistiCare llamando al 1-866-779-0565. Debe llamar, por lo menos, 24 horas antes del horario de la cita.

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios

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

Cuidado sin carácter de emergencia fuera de la red y fuera del área de servicio

Si se encuentra fuera de su hogar y tiene una emergencia, diríjase a la sala de emergencias más cercana. Llame a su proveedor de cuidado primario lo antes posible. Tenga en cuenta que fuera de su área de servicio solo tienen cobertura los servicios en casos de emergencia. Humana Medical Plan no es responsable de los servicios de cuidado de la salud que no sean casos de emergencia proporcionados por un proveedor fuera de la red, a menos que Humana Medical Plan apruebe dichos servicios.

Cuidado fuera de la red para servicios no disponibles

Su PCP coordinará su cuidado fuera de la red cuando Humana Medical Plan no está en condiciones de proveerle los servicios cubiertos necesarios o una segunda opinión si no hay un proveedor de la red disponible. Humana Medical Plan le garantizará que los costos que usted deba pagar no sean superiores a los que pagaría si el servicio se proporcionara dentro de la red.

Embarazo y recién nacidos

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

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

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

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

Manejo de enfermedades

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

¿Qué es el manejo de enfermedades?

El Programa de manejo de enfermedades es un programa que se centra en los afiliados donde el personal de enfermería ayuda a los afiliados a aprender a manejar su enfermedad proporcionándoles educación, apoyo, recursos de la comunidad y comunicación con su médico y otros especialistas.

Un Administrador de casos para el manejo de enfermedades es un personal de enfermería con licencia que tiene aptitudes para clasificar, evaluar, supervisar, determinar, informar, intervenir y documentar objetivos y resultados de cada afiliado en el programa.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Coordinación de casos complejos

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

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

Programa para el Mejoramiento de la calidad (QI)

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

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

Control de la utilización

Humana Medical Plan desea asegurarse de que todos reciban el cuidado de la salud adecuado del proveedor adecuado en el momento oportuno. A fin de garantizar esto, Humana Medical Plan trabaja con sus médicos y hospitales para garantizar que la cantidad de días que permanece en el hospital y los servicios que recibe sean necesarios por razones médicas y adecuados para su afección médica.

Es importante entender que:

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

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

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

Mejoras en la calidad

Humana Medical Plan puede referirle a algunos de los servicios que se indican a continuación en su área. Para obtener más información sobre estos servicios, comuníquese con su PCP o con Servicio al cliente de Humana Medical Plan al 1-800-477-6931 (TTY: 711). Respetamos su derecho a la privacidad y no compartiremos su información relacionada con estos programas.

- **Programa contra la violencia familiar**

  Su proveedor de cuidado primario debe estar atento a signos de violencia familiar durante su visita de cuidado preventivo. También puede obtener materiales educativos de su proveedor de cuidado primario. Comuníquese con su PCP o con Servicio al cliente de Humana Medical Plan para obtener más información.

- **Programa de prevención del embarazo**

  Humana Medical Plan puede referirle a programas de prevención del embarazo disponibles para usted en su comunidad. Puede usar estos servicios independientemente de su edad, sexo, condición de embarazo o consentimiento de sus padres. Comuníquese con su PCP o con Servicio al cliente de Humana Medical Plan para obtener más información.

- **Programa de servicios prenatales/posparto**

  Humana Medical Plan cuenta con un programa de servicios antes y después del embarazo. Se le asignará un administrador de casos que le ayudará a lo largo del embarazo y le proporcionará materiales informativos. El programa también brinda incentivos por comportamientos saludables, o estrategias para ayudarle a mantener el rumbo. Cuando nazca su bebé, el administrador de casos y su proveedor de cuidado primario le brindarán más información sobre la planificación familiar. También la remitirán a los programas Healthy Start y WIC. Comuníquese con su PCP o con Servicio al cliente de Humana Medical Plan al 1-800-477-6931 (TTY: 711) para obtener más información.

- **Programa para niños**

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

- **Servicios para la salud del comportamiento**

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

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

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

Programas de comportamientos saludables

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

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

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

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

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

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

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

- **Programa para dejar de fumar:**

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

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

- **Programa de farmacodependencia:**

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

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

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

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

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

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

Planificación familiar

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

Referidos y autorización previa

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

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

Cómo obtener la aprobación/autorización de los servicios

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

Servicios para afiliados menores de 21 años

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

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

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

Afiliados a MediKids

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

Servicios de salud mental

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

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

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

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

- Proveedor de salud mental

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

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

- **Servicios de salud mental**

  El tratamiento de trastornos psiquiátricos y emocionales incluye los siguientes servicios:
  - Asesoramiento
  - Servicios de evaluación y exámenes
  - Servicios de terapia y tratamiento
  - Zooterapia
  - Arteterapia
  - Servicios de rehabilitación
  - Servicios de farmacodependencia
  - Servicios para la salud del comportamiento en niños
  - Servicios de tratamiento diurno

  Para obtener más información sobre los servicios para la salud del comportamiento, llame al proveedor de cuidado de la salud mental de su área. Es posible que existan limitaciones, exclusiones y límites en los proveedores fuera de la red.

- **Acceso a su proveedor de salud mental**

  El Plan de cuidado de la salud coordinado cuenta con muchos proveedores de servicios de cuidado de la salud mental en su área para proveerle el cuidado que necesita. En la mayoría de las áreas, usted se encuentra a menos de 30 minutos de hospitales y proveedores de servicios de cuidado de la salud mental, y a menos de 110 minutos de especialistas.

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

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

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

  Las afecciones de salud mental de emergencia incluyen:

  - Peligro para usted mismo u otros
  - Imposibilidad de realizar tareas de la vida cotidiana
  - Lesiones físicas graves que pueden ocasionar la muerte

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

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

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

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

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

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

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

Servicios sustitutos

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

SECCIÓN 5: Personas que tienen Medicare y Medicaid

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

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

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

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

Esto es lo que no cambiará:

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

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

SECCIÓN 6 – Resumen de beneficios

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

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

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

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

Información adicional de beneficios

Servicios hospitalarios para pacientes internados:

Para afiliados de menos de 20 años de edad:

Salud física y del comportamiento

- El plan proveerá hasta 365 días de cuidado relacionado con la salud como paciente internado, incluida la salud del comportamiento, todos los años.
- Es posible que se apliquen requisitos de autorización previa y otros límites.

Servicios de trasplante

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

Para mujeres adultas embarazadas:

Salud física y del comportamiento

- El plan proveerá hasta 365 días de cuidado relacionado con la salud como paciente internado, incluida la salud del comportamiento, todos los años.
- Es posible que se apliquen requisitos de autorización previa y otros límites.

Servicios de trasplante

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

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

Salud física y del comportamiento

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

Servicios de trasplante

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

Servicios de cuidados asistenciales:

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

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

Los servicios de cuidados asistenciales son similares a los servicios que se suelen brindar en los centros de cuidado residencial a los residentes que requieren un conjunto de servicios integrados durante las 24 horas del día. Incluyen asistencia con las actividades de la vida diaria, asistencia con las actividades instrumentales de la vida diaria, asistencia con el uso de medicamentos y respaldo de la salud.

Es posible que se requiera autorización previa y que sea referido.

Cuidado de enfermería

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

Servicios para la vista

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

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

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

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

Servicios para la audición

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

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

También están cubiertos los servicios de implante coclear necesarios por razones médicas, que incluyen la entrega del dispositivo, el ajuste posoperatorio del auricular, y el reemplazo y las reparaciones a cargo de médicos, audiólogos y especialistas en audífonos.

El plan cubre:

- Reparaciones, mantenimiento y limpieza de audífonos sin límite en el consultorio del médico
- Cuarenta (40) baterías de audífonos al año por cada audífono nuevo
- Una (1) reparación de audífonos de fábrica cada 3 años

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

Servicios dentales

Los afiliados de 20 años y menores tienen cubiertos servicios dentales completos.

Todos los afiliados tienen cobertura de dentaduras postizas y servicios relacionados con dentaduras postizas, así como servicios de cirugía oral y maxilofacial.

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

- Servicios dentales de emergencia
- Un (1) examen básico cada seis (6) meses
- Una (1) radiografía por año
- Una (1) limpieza cada seis (6) meses
- Un (1) tratamiento con flúor cada seis (6) meses
- Un (1) tratamiento periodontal cada tres (3) años*
- Un (1) tratamiento de restauración cada tres (3) años o cada cinco (5) años*

*Es posible que se requiera autorización previa

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

Circuncisión del recién nacido

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

Entrega de comidas a domicilio después del alta

Cubre 10 comidas precocidas y congeladas que se entregan en su casa después de recibir el alta de un hospital, hospital de cuidado para afecciones agudas a largo plazo o centro de rehabilitación como paciente internado. Limitaciones: Se requiere la aprobación del administrador de casos de Humana. Limitado a una vez por año de beneficio. Llame a Humana Medical Plan al 1-800-477-6931 (TTY: 711).

Visitas del médico al hogar

Si su médico considera que usted no puede ir al consultorio de un proveedor o a una clínica para recibir servicios, las visitas del médico a su hogar están cubiertas. Sujeto a autorización previa. Llame a Humana Medical Plan al 1-800-477-6931 para obtener más información sobre este beneficio.

Vacunas

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

Asesoramiento en nutrición

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

Alojamiento y comidas médicamente relacionados

Es posible que tenga cubiertos gastos médicamente relacionados, entre ellos, alojamiento y comidas, en el caso de que no pueda visitar a un proveedor para recibir un servicio necesario por razones médicas en el área de servicio local. Este beneficio está limitado al afiliado y un (1) acompañante.

Es posible que se apliquen requisitos de autorización previa y otros límites. Llame a Humana Medical Plan al 1-800-477-6931 (TTY: 711) para obtener más información sobre este beneficio.

Servicios de cuidado de la salud en el hogar

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

Servicios para el SIDA

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

Servicios no cubiertos

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

La discriminación es contra la ley

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

Humana Inc. y sus subsidiarias proporcionan:

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

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

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

Discrimination Grievances
P.O. Box 14618
Lexington, KY 40512 - 4618
Llame al 1-800-477-6931. Si utiliza un dispositivo TTY, llame al 711.

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

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

Multi-Language Interpreter Services

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

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

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

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

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

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

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

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

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

العربية (Arabic):

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

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

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

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

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

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

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

Member Handbook
Manual de Afiliados

Humana Long-Term Care

Humana®

FLHJF6QES

Table of contents

Welcome Member	
How to Reach Us	**7**
Interpretation and alternative communication	**8**
Identification (ID) card	**8**
Your rights and responsibilities	**9**
Your rights	**9**
Your responsibilities	**10**
Your care	**11**
Emergency and after-hours services	**11**
Your Care Manager's role	**11**
Plan of Care	**12**
Personal goal planning	**12**
Plan of Care coordination	**12**
Backup plan	**12**
Disaster/emergency plan	**12**
Your doctors	**12**
Participant Directed Option	**13**
Second opinion	**13**
Limitations and general restrictions and exclusions on provider access	**13**
In Lieu of Services	**13**
Out-of-network providers or services ordered without prior approval	**14**
Access to educational and consumer resources	**14**
Quality Enhancements	**14**
Quality Improvement	**14**
Policies and procedures	**14**
Advanced directives	**15**
What is an advance directive?	**15**
What is a living will?	**15**
What is a healthcare surrogate designation?	**16**
Which is better?	**16**
Do I have to write an advance directive under Florida law?	**16**

Can I change my mind after I write a living will or designate a healthcare surrogate? 17
What if I have filled out an advance directive in another state and need treatment in a healthcare facility in Florida? 17
What should I do with my advance directive if I choose to have one? 17
Where can I get more information? 17

Eligibility and enrollment 18

Eligibility 18
Enrollment 18
Open enrollment 18
Mandatory population 19
Voluntary population 19
Reinstatement process 20
Disenrollment 20
Disenrollment for good cause 20
Disenrollment without cause 21

Your services 22

Services covered by Humana Long-Term Care's Program 22
Adult companion 22
Adult day healthcare 22
Assistive care service 22
Assisted living 22
Assisted living facilities 22
Attendant care 23
Behavioral management 23
Caregiver training 23
Care coordination / case management 23
Home accessibility adaptation services 23
Home-delivered meals 23
Homemaker services 23
Hospice services 23
Intermittent and skilled nursing 23
Medical equipment and supplies 23
Medication administration 24
Medication management 24

Nutritional assessment/ risk reduction	**24**
Nursing facility services	**24**
Nutritional Supplements	**24**
Occupational therapy	**24**
Personal care	**24**
Prescription Drugs	**24**
Personal emergency response system (PERS)	**25**
Physical therapy	**25**
Respite care	**25**
Respiratory therapy	**25**
Speech therapy	**25**
Transportation	**25**
Dental services	**25**
Vision services	**25**
Hearing test	**26**
Bedhold for assisted living facilities and adult family care home	**26**
Support to transition out of a nursing facility	**26**
Over-the-counter prescription benefit	**26**
Cell phone/smartphone service	**27**
Non-medical transportation	**27**
Pill organizer	**27**
Caregiver information/support	**27**
Emergency meal supply	**27**
Document keeper	**27**
Complaints, grievances and appeals	**28**
Complaints	**28**
Grievances	**28**
Complaints involving neglect, abuse or exploitation	**29**
Appeals	**31**
Expedited appeals	**31**
Continuing benefits/services	**32**
Important information regarding appeals	**32**
Subscriber Assistance Program	**32**
Medicaid Fair Hearing	**32**
Fraud, waste and abuse	**33**

Your privacy	**35**
How to contact us	**35**
When this notice took effect	**35**
We must protect private facts about your health	**35**
Our duties	**36**
How we may use or share your PHI	**36**
As required by law	**37**
Public health	**37**
Health oversight	**37**
Lawsuits and disputes	**37**
Police	**37**
Coroners, medical examiners and funeral directors	**37**
Organ and tissue donation	**37**
Research	**37**
To prevent a serious threat to health or safety	**38**
Armed Forces and foreign military staff	**38**
National security	**38**
Protective services	**38**
Inmates	**38**
Food and Drug Administration (FDA)	**38**
We may use or share your PHI in other ways	**38**
When you no longer get services from us	**38**
Your PHI rights	**38**
You have the right to ask us to limit how we use and share your PHI	**38**
You have the right to choose how we send PHI to you	**38**
You have the right to see or get copies of your PHI	**38**
You have the right to find out what PHI we have shared	**39**
You have the right to correct or update your PHI	**39**
You have the right to get this notice	**39**
You have the right to refuse to let us use or share your PHI for other reasons	**39**
You have the right to opt out of messages from us	**39**
How to file a complaint	**39**
If there is a security breach	**39**
How to Request Copy of Your Case File:	**40**
Medicaid Area Offices on Aging and Disabilities Resource Centers (ADRCs)	**40**
Spanish / Español	**46**

Welcome to Humana Long-Term Care Plan

Our goal is to help you to live in your home and community by providing a wide range of services. With your active role, your care manager will make sure you are provided with services that meet your needs.

This handbook explains the services offered to you and other member information. Please review this handbook and contact us if you have any questions. See the “How to Reach Us” section of this handbook.

This information is available for free in other languages. Please contact our customer service number at 1-888-998-7732, If you use TTY, call 711, Monday - Friday, 8 a.m. - 8 p.m. Eastern Time.

Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas. Comuníquese con nuestro Servicio al Cliente llamando al 1-888-998-7732.Si usa un TTY, marque 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

The purpose of the LTC program is to provide you with an array of services that meet your needs and allow you to live in the setting of your choice. This includes allowing you to live in the community for as long as you choose;

How to Reach Us

Our office hours are 8:30 a.m. – 5 p.m., Monday – Friday. If you need help outside of office hours, call our member help line: **1-888-998-7732**. It’s open 24 hours a day, seven days a week. You can also get facts at **Humana.com/medicaid/florida/ltss**.

Corporate Office 777 Yamato Road, Suite 510 Boca Raton, FL 33431	561-499-9656
Member Help Line	1-888-998-7732
Provider Help Line	1-888-998-7735

Interpretation and alternative communication

Do you speak a language other than English? Do you have trouble seeing or hearing? We provide free services that can help you communicate. To use these services, ask your Care Manager. Interpretation and communication services are available for all foreign languages and for vision and hearing impairments. Ask your Care Manager to access these services free of charge.

Identification (ID) card

As a member of the Humana Long-Term Care plan, you will have a Humana member ID card. This card can be used to get over-the-counter benefits. If you do not have your card or your card is lost, ask your Care Manager for a new card.



Your rights and responsibilities

Your rights

- To be fully informed in advance of all care and treatment to be provided by the agency, and changes in care or treatment; the right to receive a copy of the plan of care if requested
- To be fully informed of services available from the agency and how to access care
- To be fully informed by a physician of health status unless medically contraindicated
- To participate in the planning of the care plan and to refuse treatment without payback, while fully informed of the possible medical cost of refusal
- To be assured of confidentiality of records and to approve or refuse the release of information not authorized by law
- Being free from any form of limitations used to discipline, for convenience, or retaliation
- To be treated with consideration, respect, full recognition of dignity and individuality, including privacy in treatment and in care for personal needs; to have property treated with respect
- To file a grievance without fear of discrimination or reprisal from the agency; to be informed of the State Hotline number with hours of operation and purpose for obtaining information on home health agencies
- To be assured qualified personnel who provide proper identification at time of visit
- To be served without regard to race, color, creed, sex or age, national origin, ancestry or handicap/disability
- To be advised, before care is started, of the cost of services and the payment may be required by the patient
- You have the right to choose a non-participating provider with another Medicaid State Plan
- To receive home and community-based services in a home-like environment and participate in his or her community regardless of his or her living arrangement
- To direct your care with your own staff and/or providers
- You have the right to a prompt and reasonable response to questions and requests
- You have the right to know who is providing medical services and who is responsible for your care
- You have the right to know what patient support services are available, including whether an interpreter is available if you do not speak English
- You have the right to know what rules and regulations apply to your conduct
- You have the right to be given by the healthcare provider information concerning diagnosis, planned course of treatment, alternatives, risks and prognosis
- You have the right to refuse any treatment, except as otherwise provided by law
- You have the right to be given, upon request, full information and necessary counseling on the availability of known financial resources for your care
- You have the right to receive a copy of a reasonably clear and understandable, itemized accounting and, upon request, to have the charges explained
- You have the right to treatment for any emergency medical condition that will deteriorate from failure to provide treatment
- You have the right to know if medical treatment is for purposes of experimental research and to give your consent or refusal to participate in such experimental research
- You have the right to receive information on available treatment options and alternatives, presented in a manner appropriate to your condition and ability to understand

Discrimination is Against the Law Humana Inc. and its subsidiaries (“Humana”) comply with applicable Federal civil rights laws and do not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex. If you need assistance you may contact Steve Amshoff, your Non-Discrimination Compliance Coordinator at:

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

Your responsibilities

- To provide accurate and complete medical and health history information as he/she understands it
- To assist the care manager, when possible, in developing a care plan that will best meet your needs
- To participate with the plan of treatment, when possible, and make available an informal caregiver to assume primary care, as appropriate
- To have a primary care physician who will provide orders (as required) for skilled home care treatments and services
- To inform agency staff about any changes in health status, medications or treatments; to inform the agency of any change in financial status that may affect repayment for home care
- To have a plan for management of emergencies and to access this plan if necessary for safety
- To inform the agency of the presence of advance directives and provide copies, as appropriate
- You're responsible for your actions if you refuse treatment or do not follow the healthcare provider's instructions
- To accept services of agency staff, without regard to race, creed, color, religion, national origin, handicap, sex or age
- To inform Humana Long-Term Care and DCF of a pregnancy and newborn birth
- To report fraud, abuse and overpayment
  - If you believe you or someone you know is the victim of abuse, neglect or domestic violence, you are required to report it. The toll-free telephone number of the statewide Abuse Hotline 1-800-96-ABUSE or 1-800-962-2873.

Your care

Emergency and after-hours services

If you have a healthcare emergency, go to the emergency room or call 911. Do not call us. We do not need to approve emergency services. You can use any hospital or other setting for emergency care. When the healthcare emergency is over, ask your Care Manager to help you get follow-up care.

Your Care Manager's role

As a Humana Long-Term Care program member, you have a Care Manager. This is your contact for getting services through Humana's Long Term Care program. If your health care insurance is through Humana, your Care Manager, also helps with your access to all health care and wellness services.

You may have insurance with another company (e.g. Molina, Sunshine, United Healthcare, Aetna, etc.). If so, your Humana care manager will work with them to help access your healthcare benefits. The Care Manager can be a Registered Nurse, a Licensed Practical Nurse, Social Worker, other social services or ancillary college graduate. Humana also provides training in senior/ disabled care planning and care management. Care Managers work at getting you back into the community. The Care Manager helps you plan your personal goals. They also help you plan your goals for getting you back into the community. Also, your Humana Care Manager helps you develop your Plan of care and Summary of Services. This helps you meet your long term care needs. This can be found during your annual long term care comprehensive assessment and/or any reassessment due to a change in condition. Finally, your Humana Care Manager serves as your supporter. Your Care Manager ensures that you or your caregiver are the only ones who can choose where you live. It is your choice to live in the community or a long term care facility. The Care Manager can provide you with information on where to live. They can also provide you with Humana participating providers and/ or cost compares of where to live.

The Care Manager also assists you with accessing community services to supplement your Humana benefits. This will help to enhance your quality of life. This also helps close gaps in your healthcare and/or wellness plans. Please contact your Care Manager before you change or ask for services.

Speak with your Care Manager if you have questions, concerns, or requests about your care. For instance, call your Care Manager if:

- You have a question about services or benefits
- You need to change services
- You have a concern about the quality of your services
- Your living conditions or health has changed.

Contact your care manager for all your needs, including:

- If you change where you live
- If your condition needs more services
- If you need an assessment or re-assessment to develop or update the plan of care
- If you need to go to the hospital

The role of your Care Manager is to:

Assess or re-assess your needs based on your health and living situation

- Visit you at your home or facility
- Make your Plan of Care with you, your caregiver and your doctor
- Will look at your plan of care every 90 days
- Manage services in your Plan of Care
- Follow up to make sure your services meet your needs
- Collaborate with Care Team to complete referral to Behavioral Health Provider for MMA or MA members.
- Coordinate with Primary Care Doctor for non-MMA or MA members concerning Behavioral Health such as:

  If you are having any of the following feelings or problems, you should contact your Primary Care Doctor and Care Manager:

  - Sadness that does not go away
  - Feeling hopeless and/or helpless
  - Feelings of guilt
  - Worthlessness
  - Difficulty sleeping
  - Poor appetite
  - Weight loss
  - Anxious

First, decide if you are having a true behavioral health emergency. Do you think that you are a danger to yourself or others? Call "911" or go to the nearest emergency room for attention if you think you are.

Examples of emergency mental health problems include: likely danger to self or others, not able to carry out actions of daily life, or harm that will likely cause death or serious harm to the body.

- Make sure Medicaid keeps paying for the level of care you need
- Will provide you with information regarding the community integration and personal goal planning process and your participation in that process.

Plan of Care

Your Care Manager, you, your caregiver and your doctor will make your Plan of Care. The plan will list the services you get and how often you get them. It is based on your healthcare history, current health needs and living situation. It's also based on the support you have from your family and friends.

Your Plan of Care may change as your needs change. Your Care Manager will look at your plan. Your Care Manager will talk with you or your caregiver before making any changes. If possible, your Care Manager will also consult your doctor. If you have questions about your Plan of Care, please ask your Care Manager.

You may request an assessment or re-assessment from your Care Manager for use in developing or updating the plan of care at any time.

Personal goal planning

Your Care Manager will help you set personal goals. Together, you will plan how to reach these goals with the help of services and community resources. Your Care Manager will review and maintain your personal goals and may change them as your needs change.

Plan of Care coordination

All services listed in our Provider Directory must be ordered in advance by your Humana Long-Term Care Plan Care Manager. Services are based on individual needs and are addressed in the Plan of Care developed for you. Your care manager will provide you with a Provider Directory once enrolled or anytime upon your request. An outline of the referral process is available upon request.

Backup plan

Your Care Manager will help you make a backup plan. The plan will be used if you have a gap in your in-home services, or if you expect a service gap. Your Care Manager will look at your back-up plan every three months. If your home healthcare aide misses a visit without telling you first, tell your Care Manager right away.

Disaster/emergency plan

Your Care Manager will help you make a disaster/emergency plan. This plan gives facts about how to prepare for a disaster or emergency. For instance, it tells:

- How to prepare if you have disabilities
- Information on personal and family plans and shelters
- How to deal with special healthcare needs
- Local shelter listings
- Special needs registry, evacuation information, emergency preparedness publications for people with disabilities and information for caregivers

To learn more about how to plan for a disaster or emergency, go to www.floridadisaster.org

Your Freedom of Choice with Network Providers

- You will always have the freedom to choose any providers that are in our network. You have the right to receive waiver services in a residential or non-residential setting that complies with HCB Setting Requirements and to participate in your community wherever you live regardless of your living arrangement.

Your doctors

Please tell us about all your healthcare visits. Your Care Manager will give you a physician's list of the doctors in our network. Ask your Care Manager if you:

- Need a new copy
- Need help finding a doctor in our network
- Need help finding a doctor

Participant Directed Option

The Participant Directed Option (PDO) lets you take a more active role in your care. PDO allows you to self-direct your services. By electing the participant directed option you get to choose who will provide your services and how and when your services are provided. You are also responsible for hiring, training, and supervising your direct service workers. If you choose this option, you can manage and make choices about If you have at least one of the following services on your care plan you may participate with PDO:

- Attendant services (RN or LPN)
- Homemaker services
- Personal care
- Adult companion services; and
- Intermittent and skilled nursing

Second opinion

Would you like a second opinion about services? You have the right to ask for a second opinion. You can see another doctor at no extra cost. Contact your case manager who will need to approve your request and get you set up for a second opinion.

Limitations and general restrictions and exclusions on provider access

Your Plan of Care lists the services we cover for you. They are based on your unique needs. Your Care Manager must pre-approve services based on your need. You may choose providers from the Humana Long-Term Care network. If you require a service which is available through such programs as Medicare or Medicaid, you may receive the service through other programs. For information on how and where to access Medicaid State Plan benefits that are not covered under Humana Long-Term Care contact your area Medicaid office or Aging and Disability Resource Center. Refer to the contact list in this handbook. Your Care Manager will assist with the coordination of services.

Service limitations:

- Services must be pre-authorized
- Service providers must be in Humana Long-Term Care's network
  - Long-Term Care Plan members that are changing from another plan to the Humana Long-Term Care plan can continue to receive their same services from out-of-network providers for a limited time
- Services must be a covered benefit or approved expanded benefit
- Services must be medically necessary:
  - Be necessary to protect life, to prevent significant illness or significant disability, or to alleviate severe pain
  - Be individualized, specific and consistent with symptoms or confirmed diagnosis of the illness or injury under treatment, and not in excess of the patient's needs
  - Be consistent with generally accepted professional medical standards as determined by the Medicaid program, and not experimental or investigational;
  - Be reflective of the level of service that can be safely furnished, and for which no equally effective and more conservative or less costly treatment is available; statewide; and
  - Be furnished in a manner not primarily intended for the convenience of the recipient, the recipient's caretaker, or the provider

In Lieu of Services

You may be eligible for services that are not covered under the State plan that are determined to be medically necessary; these are called in lieu of services. If you have questions about a service that is not covered under the State plan, please call our member help line at 1-888-998-7732 (TTY:711).

Out-of-network providers or services ordered without prior approval

Long-Term Care Plan members that are changing from another plan to Humana Long-Term Care Plan can continue to receive their same services from out-of-network providers for a limited time. After an assessment and a Plan of Care is completed by the Humana Long-Term Care Care Manager, needed services will be provided by an in-network provider.

Humana Long-Term Care Plan does not cover any services:

- From a provider that is not in our network (not listed in our Provider Directory)
- That your Care Manager does not approve in advance

If you need services from a provider that is not in our network, tell us why you need to use that provider. We will decide if the service is needed for your health.

If we don't cover a service, you may still be able to get it through Medicare, Medicaid or another program. To learn more about using your Medicaid State Plan, contact your area Medicaid office or Aging and Disability Resource Center. To find out how to contact them, see the last part of this Handbook.

Access to educational and consumer resources

Your Care Manager can assist you in accessing state or local education and consumer resources with information regarding residential facilities and other long-term care providers in the LTC plan. Information can be found on the Agency's Health Finder website (www.floridahealthfinder.gov) and the Department of Elder Affairs' Florida Affordable Assisted Living consumer website (**www.elderaffairs.state.fl.us/faal/**).

Your care Manager can assist you in accessing a copy of the Florida Medicaid Statewide Medicaid Managed Care Long-Term Care Coverage Policy per your request. Information can be found on the Area Agency for Healthcare Administration (http://www.ahca.myflorida.com/Medicaid/ltc_partnership_program/index.shtml).

Quality Enhancements

We offer facts about such topics as how to:

- Stay safe
- Prevent falls
- Manage disease
- Make advance directives

To get these facts, ask your Care Manager.

To learn about long-term care providers in your plan, go to:

- www.floridahealthfinder.gov
- www.elderaffairs.state.fl.us/faal/

Or ask your Care Manager.

Quality Improvement

Humana will monitor and evaluate the quality and correctness of your care and service delivery or any failure to provide you with care and services. Our evaluation will be done through the following ways:

- Performance Improvement Projects
- Medical Record Audits
- Performance Measures
- Surveys
- Peer Review Process

Ask your Care Manager for more information about Humana's Quality Improvement evaluation. Also remember to tell your Care Manager if you are having any issues with your care or service delivery.

Policies and procedures

You may request a detailed description of Humana Long-Term Care Plan's policies and procedures for any of the following areas:

- Authorization and referral process
- Determination of services that are medically necessary
- Quality assurance program
- Credentialing process
- Prescription drug benefit program
- Confidentiality and disclosure of medical records
- Member satisfaction survey results
- Plan organization and structure
- Physician incentive plan
- Performance measures (specific areas of service, disenrollment rate, retention rate, voluntary disenrollment rate and average length of enrollment before voluntary disenrollment)

Advanced directives

All members of Humana Long-Term Care Plan have the right to make decisions regarding their healthcare and establish advance directives. The purpose of this policy is to make certain that members are made aware of their rights under the law and to provide care in accordance with those decisions within legal and moral boundaries.

What is an advance directive?

An advance directive is a written or oral statement which is made and witnessed in advance of serious illness or injury, about how you want medical decisions made. Two forms of advance directives are:

- A "living will"
- Healthcare surrogate designation

An advance directive allows you to state your choices about healthcare or to name someone to make decisions for you, if you become unable to make decisions about your medical treatment.

What is a living will?

A "living will" generally states the kind of medical care you want or do not want if you become unable to make your own decisions. It is called a living will because it takes affect while you are still living. Florida law provides an outline for a living will. You may use it or some other form.

You must sign your living will in the presence of two witnesses who will then also sign it. If you are unable to sign it yourself, you can ask one of your witnesses to sign your signature for you, but you must be present when the witness does so. One of the witnesses must be someone other than your spouse or blood relative. You may wish to speak to an attorney or doctor to be certain you complete the living will in a way so that your wishes will be understood. If Florida law changes, we will let you know as soon as possible, but no later than 90 days after the effective change.

You should let your doctors know that you have a living will. If you are admitted to a facility and are unable to let your doctor know about your living will, any other person may let them know. Your doctors may follow your wishes as they are written in your living will. If there is a disagreement about your wishes, your doctors will wait for a review before following your wishes in your living will.

Your doctors will only follow your wishes in your living will if:

- You most likely will not recover
- Your condition is terminal, in its end stage or you are in a persistent vegetative state
- All other verbal or written limitations or conditions have been carefully considered and satisfied

What is a healthcare surrogate designation?

This is a signed, dated and witnessed paper naming another person such as a husband, wife, daughter, son or close friend as your agent to make medical decisions for you, if you should become unable to make them for yourself. You can include instructions about any treatment you want or wish to avoid. Florida law provides a suggested form for designation of a healthcare surrogate. You may use it or some other form. You may wish to name a second person to stand in for you, if your first choice is not available.

Before your surrogate can make decisions to withhold life-prolonging procedures from you, he or she must be satisfied that you do not have a reasonable medical probability of recovering, and he or she must be satisfied that your condition is in its end stage, you are in a persistent vegetative state or your condition is terminal.

If your surrogate feels that the conditions above are satisfied, your doctor and at least one other doctor will separately examine you. The results of their examinations will be documented in your medical record and signed by each doctor before your surrogate makes decisions to withhold life-prolonging procedures. Under no circumstances will your wishes and your surrogate's decisions to withhold life-prolonging procedures be considered a suicide.

Which is better?

You may wish to have both a living will and a healthcare surrogate or combine them into a single document that describes treatment choices in a variety of situations and names someone to make decisions for you should you be unable to make decisions for yourself.

Do I have to write an advance directive under Florida law?

No, there is no legal requirement to complete an advance directive. However, if you do not designate a healthcare surrogate, healthcare decisions may be made for you by a court appointed guardian, your spouse, your adult child, your parent, your adult sibling, an adult relative or close friend in that order. This person may be called a proxy.

Florida law states that if you are age 18 and older, you have the right to accept or refuse medical or surgical treatment. You also have the right to create an advance directive, but it is not required. Humana Long-Term Care respects the implementation of these rights. Your advance directive will be included as part of your medical record. Your decision not to execute an advance directive will not affect Humana Long-Term Care's provision of your services or care. In addition, you have the right to choose a new healthcare provider in situations when the healthcare provider cannot honor the advance directives wishes of his or her patients due to objections of conscience.

Can I change my mind after I write a living will or designate a healthcare surrogate?

Yes, you may change or cancel these documents at any time. Any change should be written, signed and dated. You may also change an advance directive by oral statement.

What if I have filled out an advance directive in another state and need treatment in a healthcare facility in Florida?

An advance directive completed in another state, in compliance with the other state's law, can be honored in Florida.

What should I do with my advance directive if I choose to have one?

Make sure that someone such as your doctor, lawyer or family member knows that you have an advance directive and where it is located. Consider the following:

- If you have determined a healthcare surrogate, give a copy of the written designation form or the original to the person
- Give a copy of your advance directive to your doctor for your medical file
- Keep a copy of your advance directive in a place where it can be found easily
- Keep a card or note in your purse or wallet, which states that you have an advance directive and where it is located
- If you change your advance directive, make sure your doctor, lawyer and/or family member has the latest copy

Where can I get more information?

If you would like more information on creating an advance directive you may contact your Care Manager.

If you wish to file a complaint concerning non-compliance with advance directive requirements by Humana Medical Plan, Inc., it may be filed in writing with the Agency for Health Care Administration (Agency) at:

Florida Agency for Health Care Administration
2727 Mahan Drive
Tallahassee, Florida 32308

You may also file a complaint concerning non-compliance with advance directive requirements by calling the state's complaint hotline at:

Consumer Hotline Phone Number: 1-888-419-3456

Eligibility and enrollment

Eligibility

To qualify for the Medicaid Long-Term Care Program, you must:

- Be at least 18 years old
- Be found eligible by CARES, and
- Qualify for Medicaid or be pending Medicaid approval

The Department of Children and Families or Social Security Administration decides if you qualify for Medicaid.

Enrollment

Enrollment in the Humana Long-Term Care Medicaid Managed Care Long-Term Care Plan is based on standards of eligibility established by the Department of Elder Affairs (DOEA), CARES unit, and the Florida Department of Children and Families (DCF).

If you are a mandatory enrollee required to enroll in a plan, once you are enrolled in Humana Long-Term Care or the state enrolls you in a plan, you will have 120 days from the date of your first enrollment to try the Managed Care Plan. During the first 120 days you can change managed care plans for any reason.

After the 120 days, if you are still eligible for Medicaid, you may be enrolled in the plan for the next eight months. This is called "lock-in."

See enrollee rights and responsibilities on page 9-10.

Open enrollment

If you are a mandatory enrollee, the state will send you a letter 60 days before the end of your enrollment year telling you that you can change plans if you want to. This is called "open enrollment." You do not have to change Managed Care Plans. If you choose to change plans during open enrollment, you will begin in the new plan at the end of your current enrollment year. Whether you pick a new plan or stay in the same plan, you will be locked into that plan for the next 12 months. Every year you may change Managed Care Plans during your 60-day open enrollment period, without cause.

Mandatory population

You must join a managed care plan if you:

- Qualify for the Medicaid Long-Term Care Program
- Are at least 18 years old
- Are found by CARES to be at risk of nursing home placement, and
- Are in any of these programs or groups:

1. Temporary Assistance to Needy Families (TANF)
2. SSI (aged, blind and disabled)
3. Institutional care
4. Hospice
5. Aged/Disabled Adult waiver
6. Traumatic brain and spinal cord injury (TBI/SCI)
7. People who age out of Children's Medical Services and meet these standards for the Aged/Disabled Adult waiver:
   a. Received care from Children's Medical Services before turning age 21
   b. Aged 21 and older
   c. Cognitively intact
   d. Medically complex, and
   e. Technologically dependent
8. Assisted living waiver
9. Project AIDS Care (PAC)
10. Adult cystic fibrosis (ACF)
11. Nursing home diversion waiver
12. Channeling waiver
13. Low income families and children
14. MEDS (SOBRA) for children born after 9/30/83 (age 18-20)
15. MEDS AD (SOBRA) for aged and disabled
16. Protected Medicaid (aged and disabled)
17. Full benefit dual eligible (Medicare and Medicaid)
18. People enrolled in the frail/elderly program part of United Healthcare HMO, and Medicaid Pending for Long-Term Care Managed Care HCBS waiver services

Voluntary population

You may (but are not required to) join a managed care plan if you:

- Qualify for the Medicaid Long-Term Care Program
- Are at least 18 years old
- Are found by CARES to be at risk of nursing home placement, and
- Are in any of these programs or groups:

1. Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) plan members
2. Familial Dysautonomia Waiver
3. Model waiver (age 18-20 years)
4. Developmental disabilities waiver (Budget)
5. Medicaid for the aged and disabled (MEDS AD) — Sixth Omnibus Budget Reconciliation Act (SOBRA) for aged and disabled — enrolled in developmental disabilities (DD) waiver
6. Recipients with other creditable coverage excluding Medicare.

Reinstatement process

If you no longer qualify for the Medicaid Long-Term Care Program, you will have to leave the program. If you qualify again within a short time, you may rejoin the plan.

We will send you a letter. The letter will tell you that you are a member again. It will also tell you when this reinstatement takes effect. Contact us if you need a new member ID card, member handbook or provider directory.

Disenrollment

Disenrollment means you leave the Managed Care Plan. You may disenroll from Humana Long-Term Care at any time for cause or during defined periods without cause. The definition of cause and defined periods to disenroll without cause are listed below. See enrollee rights and responsibilities on page 9-10.

Disenrollment for good cause

If you are a mandatory enrollee and you want to change plans after the initial 120-day period ends or after your open enrollment period ends, you must have a state-approved good cause reason to change plans. The following are state-approved cause reasons to change Managed Care Plans:

1. The enrollee does not live in a region where the Managed Care Plan is authorized to provide services, as indicated in FMMIS.
2. The provider is no longer with the Managed Care Plan.
3. The enrollee is excluded from enrollment.
4. A substantiated marketing violation has occurred.
5. The enrollee is prevented from participating in the development of his/her treatment plan/plan of care.
6. The enrollee has an active relationship with a provider who is not on the Managed Care Plan's panel, but is on the panel of another Managed Care Plan. "Active relationship" is defined as having received services from the provider within the six months preceding the disenrollment request.
7. The enrollee is in the wrong Managed Care Plan as determined by the Agency.
8. The Managed Care Plan no longer participates in the region.
9. The state has imposed intermediate sanctions upon the Managed Care Plan, as specified in 42 CFR 438.702(a)(3).
10. The enrollee needs related services to be performed concurrently, but not all related services are available within the Managed Care Plan network, or the enrollee's PCP has determined that receiving the services separately would subject the enrollee to unnecessary risk.
11. The Managed Care Plan does not, because of moral or religious objections, cover the service the enrollee seeks.
12. The enrollee missed open enrollment due to a temporary loss of eligibility.
13. Other reasons per 42 CFR 438.56(d)(2) and s. 409.969(2), F.S., including, but not limited to: poor quality of care; lack of access to services covered under the Contract; inordinate or inappropriate changes of PCPs; service access impairments due to significant changes in the geographic location of services; an unreasonable delay or denial of service; lack of access to providers experienced in dealing with the enrollee's health care needs; or fraudulent enrollment.

To rquest a disenrollment for the above reasons, call the Agency's enrollment broker at 1-877-711-3662 (Phone), 866-467-4970 (TDD).

Voluntary enrollees may disenroll from the Managed Care Plan at any time. Some Medicaid recipients may change managed care plans whenever they choose, for any reason. To find out if you may change plans, call the enrollment broker 1-877-711-3662. The enrollee may be disenrolled if the enrollee will not relocate from an ALF or AFCH that does not, and will not, conform to HCB Settings Requirements.

Disenrollment without cause

If you must join a managed care plan and you are subject to open enrollment, you may ask to leave the managed care plan without cause. Send your request to the Agency or its enrollment broker.

You may disenroll from Humana Long-Term Care without cause in the following situations:

1. During the 120 days following the enrollee's initial enrollment, or the date the agency or its agent sends the enrollee notice of the enrollment, whichever is later;
2. At least every 12 months;
3. If the temporary loss of Medicaid eligibility has caused the enrollee to miss the open enrollment period;
4. When the agency or its agent grants the enrollee the right to terminate enrollment without cause (done on a case-by-case basis); or
5. During the 30 days after the enrollee is referred for hospice services in order to enroll in another managed care plan to access the enrollee's choice of hospice provider.
6. Without cause, for members not subject to open enrollment, is at any time.

Your services

Services covered by Humana Long-Term Care's Program

Payment of the following services is covered by Humana's Long-Term Care Plan when needed for your health and welfare. There is no cost sharing for members.

Adult companion

Companions can perform tasks such as meal assistance, laundry, going with you on an appointment and shopping, while also providing socialization for the member. This includes light housekeeping tasks incidental to the care and supervision of the member. This does not include hands-on nursing care or bathing assistance.

Adult day healthcare

This service gives supervision, social contact and activities at a center. If you are at the center during meal times, you can eat there.

Assistive care service

This service gives care 24 hours a day, seven days a week. You can get it only in adult family care homes.

Assisted living

A living arrangement where there is access to 24-hour staff. Meals, personal care and housekeeping services are provided by staff. Member is responsible for monthly room and board and if applicable patient responsibility. The amount you are responsible for is determined by the Department of Children and Families. These payments are made directly to the facility and not Humana Long-Term Care.

Assisted living facilities

This service provides a home-like setting and feel. Its goal is to include you in the community as much as possible.

- Your bedroom door has a lock
- You can furnish and decorate your bedroom
- You can choose whether to have a roommate
- You can talk in private
- You control your daily activity schedule
- You control your sleeping schedule
- You can eat at any time
- You can visit with friends and family

Attendant care

Hands-on care of both a supportive and health-related nature, specific to the needs of a medically stable, physically handicapped individual. Supportive services are those which substitute for the absence, loss, reduction or decrease of a physical or cognitive function. These services are provided by licensed practical nurse or registered nurse.

Behavioral management

Provides behavioral health care services to address mental health, drug or alcohol needs of long-term-care plan members.

Caregiver training

Training and counseling services are for individuals who provide unpaid care, support, training, companionship or supervision for the member.

Care coordination / case management

This service helps you and your family get services and monitors the services in your plan of care.

Home accessibility adaptation services

This service adapts your home to make it safer and healthier for you. It may include putting in grab bars and ramps. It may also include widening doors and changing bathrooms. It does not include home improvements that have no health benefit.

Home-delivered meals

This service delivers healthy meals to your home. It's for members who have trouble shopping and cooking.

Homemaker services

This service provides help in your home. Staff will help you with meals, laundry, cleaning, chores and pest control.

Hospice services

This service gives care that your doctor approves under your Medicare or Medicaid benefits. It gives a variety of care for members who are near death. It also helps their families.

Intermittent and skilled nursing

A registered professional nurse or licensed practical nurse gives this care. This service is for members who don't need ongoing nursing care. It's also for members whose needs can be predicted.

Medical equipment and supplies

This service provides the health equipment and supplies listed in your Plan of Care. These may include:

- Devices, controls or appliances that make you better able to do activities of daily living
- Devices, controls or appliances that make you better able to control or communicate the environment in which you live
- Items needed for life support or to address physical conditions, plus supplies needed to make these items work well
- Durable and non-durable equipment and supplies needed to address your limitations
- Needed supplies that the State plan doesn't cover, such as adult disposable diapers

Medication administration

This service helps you take medicine at home or in a facility. It includes:

- Bringing you medicine
- Getting the right amount of medicine out of the container
- Putting medicine in your hand or cup
- Lifting a cup of medicine to your mouth
- Putting medicine on your skin
- Keeping a record of when you get help taking medicine

Medication management

This service reviews all the medicines you take, as listed by your doctor. A licensed nurse does this review. The goal of the review is to make sure:

- The medicines you take are right for your health problem
- The doses you take are correct
- Your treatment is safe for you
- You get the lab tests and follow-up you need

Nutritional assessment/ risk reduction

This service looks at your hands-on care and your diet. It also gives guidance to you and your caregivers.

Nursing facility services

This service gives needed help and nursing care 24 hours a day, seven days a week. The member will be responsible for monthly patient responsibility. These payments are made directly to the facility and not Humana Long-Term Care. The amount the member needs to pay is determined by the Department of Children and Families.

Nutritional Supplements

For adults with cystic fibrosis, this benefit allows you to buy approved nutritional supplements. For a list of the approved drugs in your plan, ask your Care Manager.

Occupational therapy

This service helps you improve or maintain your daily living and work skills.

Personal care

This service helps you with daily tasks. Aides help you bathe, dress, and eat. They also clean your home.

Prescription Drugs

For adults with cystic fibrosis, this benefit allows you to receive approved prescription drugs. For a list of the approved drugs in your plan, ask your Care Manager.

Personal emergency response system (PERS)

This service lets you call for help in an emergency by pushing a button. This service is for members who live alone. It's also for members who are alone for parts of the day and would need a lot of supervision if they lacked a PERS.

Physical therapy

This service gives treatment ordered by a doctor. It helps you improve or maintain your ability to walk, stand up, move from one seat to another and use a walker.

Respite care

This service lets your caregivers take a short break. You can use this service in your home, an Assisted Living Facility or a Nursing Home.

Respiratory therapy

This service assesses and treats heart and lung problems.

Speech therapy

This service assesses and treats oral problems. These include trouble swallowing and speaking.

Transportation

This service helps you get from place to place in cases where there is no crisis. You can use it to get to and from services that we approved.

Dental services

This benefit covers (1) one set of denture replacements in your lifetime.

For adults with cystic fibrosis, there is an additional benefit of (1) one cleaning per year.

Vision services

This benefit covers (1) one set of eyeglass frames and lenses per year. It's for members who need glasses to prevent headache, spasms, discomfort or other health problem. You must first use the Medicaid benefit of one pair of lenses every 365 days and one set of frames once every two years.

Hearing test

This benefit covers one hearing test per year.

Bedhold for assisted living facilities and adult family care home

Under this benefit, Humana Long-Term Care will pay the assisted living facilities (ALF) or adult family care home (AFCH) to save your bed for you for up to 21 days each time you leave.

- You must plan to return to the ALF/AFCH
- You must pay your room and board and share of payments when you are away
- You must live in the ALF/AFCH for at least 30 days between each time you leave
- The ALF/AFCH must tell Humana Long-Term Care you have left within 24 hours

Support to transition out of a nursing facility

This benefit helps pay for things like security and utility deposits, household supplies and moving costs. Humana Long-Term Care will give you up to $2,500 in your lifetime to help you move out of a nursing facility. This benefit is for members who:

- Are moving out of the nursing facility into their own home
- Are paying their own living costs

Over-the-counter prescription benefit

This benefit allows you to spend up to $15 per month to buy approved over-the-counter drugs. For a list of the approved drugs in your Medicare prescription plan, ask your Care Manager. Your Medicare or Medicaid acute care plan covers your prescription drugs. Humana Long-Term Care does not cover any prescriptions beyond your Medicare prescription plan.

Cell phone/smartphone service

This benefit is for participating Humana Medicaid members and is good for one cell phone/smartphone per household. Members who are under 18 will need a parent or guardian to sign up. This benefit covers:

- 1 cell phone/smartphone
- 1 charger
- One set of instructions
- 2G cell phones get 750 voice minutes per month
- 3G cell phones get 500 voice minutes per month and up to 1GB data per month
- smartphones get 350 voice minutes per month and up to 1GB data per month
- Unlimited text messages per month
- Training for you and your caregiver at the first case manager orientation visit
- Calls to Humana Customer Care for health plan assistance and 911 for emergencies are free even if you run out of minutes
- Members must make at least one phone call or send one text message every month in order to keep your benefit. or send one text message every month in order to keep your benefit.

Non-medical transportation

This benefit covers one roundtrip service per month. The trips must be within your local area. This benefit is for members who live in a home or community-based setting.

Pill organizer

This benefit gives you one 7-day pill organizer when you first join the plan. This benefit is for members who:

- Live in a community-based setting
- Take more than five medicines

Caregiver information/support

This benefit covers one caregiver toolkit. It's for members who:

- Live in a home or community-based setting
- Have a caregiver who plays an active role in their care

Emergency meal supply

This benefit covers 10 shelf-stable meals before a hurricane or other disaster. It's for members who have a major risk of not getting enough to eat.

Document keeper

This benefit covers a folder to hold important health plan papers.

Complaints, grievances and appeals

Complaints

If you have complaints about the benefits, services or care you get under our plan, tell your Care Manager. Your Care Manager will try to answer your questions and address your complaints. You may call our Member Service Help-line at 1-888-998-7732, 24 hours a day, 7 days a week. Humana Long-Term Care shall resolve complaints by close of business the calendar day following receipt. If a complaint is not resolved within one business day following receipt, Humana Long-Term Care shall enter the complaint as a grievance.

Grievances

Grievances are problems or complaints other than an appeal of a denial, limitation, reduction, suspension or termination of service. These may be filed by the member, a representative or a provider on behalf of a member.

Your grievance must be submitted orally, or in writing either by letter or completed grievance form to the Grievance Coordinator at any time. If you file a grievance, you will receive an acknowledgement letter within five (5) business days of receipt of your grievance.

Humana Long-Term Care considers the member, the member's authorized representative or provider acting on behalf of the member as parties to a grievance. We encourage members to use the informal complaint process first in an attempt to work out any issue directly with their Care Manager. If your concern or complaint was not resolved to your satisfaction with your Care Manager, you or your representative may file a grievance with Humana Long-Term Care's Grievance and Appeal Department located at:

Humana Long-Term Care Plan
Attn: Grievance and Appeal Department
PO Box 14546
Lexington, KY 40512-4546

If you, your authorized representative or your provider acting on your behalf wish to write a letter telling us about your concerns, include your name, address, member ID number, date and signature.

If you would prefer to use a grievance form, you can request one by calling Humana Long-Term Care at 1-888-998-7732. The office hours are 8 a.m. – 8 p.m., Eastern time, Monday – Friday. The form will be mailed to you within three (3) working days. You will need to complete this grievance form and mail it back to the Grievance and Appeal Department at the address provided above.

Upon oral receipt of your grievance, or completed grievance form, the Grievance and Appeal Department will research your concerns and respond by mail within 90 calendar days. You can request a 14-day extension if needed. We can also request an extension if additional information is needed and is in your best interest.

To request a complete description of Humana Long-Term Care Plan's Grievance procedures, you may call our Customer Service number at **1-888-998-7732**.

Complaints involving neglect, abuse or exploitation

If your complaint or grievance involves neglect, abuse or exploitation, please call:

The State-wide Abuse Hotline at 1-800-96ABUSE or 1-800-962-2873. The website is www.reportabuse.dcf.state.fl.us

AND/OR

If your complaint involves neglect, abuse or exploitation regarding a facility or their staff please write or call:

State Long-Term Care Ombudsman
Department of Elder Affairs
4040 Esplanade Way, Suite 280
Tallahassee, FL 32399-7000
Work: 850-414-2323
Fax: 850-414-2377
Toll-Free #: 1-888-831-0404
Website: www.ombudsman.myflorida.com

Northwest Florida - 01
Michael Phillips, District Ombudsman Manager
1101 Gulf Breeze Parkway
Building 3, Suite 5
Gulf Breeze, FL 32561
Work: 850-916-6720
Fax: 850-916-6722
Area Served: Escambia, Santa Rosa, Okaloosa, Walton – PSA 1

Panhandle - 02
Janice Harvey, District Ombudsman Manager
4040 Esplanade Way, Suite 380
Tallahassee, FL 32399-0700
Work: 850-921-4703
Fax: 850-921-4804
Area Served: Holmes, Jackson, Washington, Bay, Calhoun, Gadsden, Liberty, Gulf, Franklin, Leon, Madison, Taylor, Jefferson, & Wakulla – PSA 2

North Central Florida - 03
Ryan Miller, Regional Ombudsman Manager
Alachua Regional Service Center
14107 NW Highway 441
Alachua, FL 32615
Work: 386-418-2106
Fax: 386-418-2124
Area Served: Hamilton, Suwannee, Columbia, Lafayette, Dixie, Levy, Union, Putnam, Alachua, Bradford, & Gilchrist – PSA 3

Withlacoochee Area - 04
Helen Anderson, District Ombudsman Manager
1515 E Silver Springs Blvd., #203
Ocala, FL 34470
Work: 352-620-3088
Fax: 352-732-1797
Area Served: Marion, Citrus, Hernando, Sumter, & Lake – PSA 3

First Coast - 05
Michael Milliken, District Ombudsman Manager
Midtown Center Office Center Park, #3300
4161 Carmichael Avenue, Suite 141
Jacksonville, FL 32207
Work: 904-391-3942
Area Served: Nassau, Baker, Duval, Clay & St. Johns – PSA 4

Mid & South Pinellas - 06
Annette Perry, District Ombudsman Manager
11351 Ulmerton Road, Suite 303
Largo, FL 33778
Work: 727-588-6912
Fax: 727-588-3648
Area Served: Mid & South Pinellas (Belleair Rd. in Clearwater + South) – PSA 5

Pasco & North Pinellas - 07
Lynn Penley, District Ombudsman Manager
2523 Seven Springs Blvd
New Port Richey, FL 34655
Area Served: Pasco & North Pinellas (north of Belleair Rd. in Clearwater) – PSA 5

West Central Florida - 08
Robin Baker, District Ombudsman Manager
701 W Fletcher Avenue, Suite C
Tampa, FL 33612
Work: 813-558-5591
Fax: 813-375-3932
Area Served: Hillsborough and Manatee – PSA 6

East Central Florida - 09
Lowie Brannan, District Ombudsman Manager
400 West Robinson St., 501N
Orlando, FL 32801
Work: 407-245-0651
Fax: 407-245-0653
Area Served: Orange, Seminole, Brevardw & Osceola – PSA 7

Southwest Florida - 10
Barbara Pohl, District Ombudsman Manager
2295 Victoria Ave. Room 152
Ft. Myers, FL 33901
Work: 239-338-2563
Fax: 239-338-2549
Area Served: Sarasota, Desoto, Charlotte, Glades, Lee, Hendry, & Collier – PSA 8

Palm Beach County - 11
Jo-Ann Quiles, District Ombudsman Manager
111 S. Sapodilla Avenue #125A-B-C
West Palm Beach, FL 33401
Work: 561-837-5038
Fax: 561-650-6885
Area Served: Palm Beach County – PSA 9

Broward County - 12
DeLois Williams, District Ombudsman Manager
8333 W. McNabb Road
Tamarac, FL 33321
Work: 954-747-7919
Fax: 954-747-7920
Area Served: Broward – PSA 10

North Dade - 13
Ramon Keppis, District Ombudsman Manager
7270 NW 12th Street, Suite 520
Miami, FL 33126
Work: 786-336-1418
Fax: 786-336-1424
Area Served: N. Miami-Dade – PSA 11
(North of Flagler St., All of Hialeah & N.E. and N.W. addresses)

South Dade & Florida Keys - 14
Alicia Salinas, District Ombudsman Manager
7300 N. Kendall Drive, Suite 780
Miami, FL 33156
Work: 305-671-7245
Fax: 305-671-7247
Area Served: Monroe & S. Miami-Dade – PSA 11
(South of Flagler St., all S.E. & S.W. addresses)

First Coast South –15
Lisa Dale, District Ombudsman Manager
210 N Palmetto, Suite 403
Daytona Beach, FL 32114
Work: 386-226-7846
Fax: 386-226-7849
Area Served: Brevard, Volusia & Flagler – PSA 4

Treasure Coast – 16
Kevin McKeown, District Ombudsman Manager
1903 S 25th Street, Suite 100
Ft. Pierce, FL 34947
Work: 772-595-1385
Fax: 772-467-3051 Area Served: Martin, St. Lucie, Indian River, & Okeechobee – PSA 9

South Central Florida – 17
Terresa Lindstamer, District Ombudsman Manager
200 N Kentucky Avenue, #224
Lakeland, FL 33801
Work: 863-413-2764
Fax: 863-413-2766
Area Served: Polk, Highland, & Hardee – PSA 6

Appeals

Appeals are filed in response to LTC's decision to:

- Deny or limit the a requested service; or
- Reduce, suspend or terminate a previously authorized service

Formal appeals must be made within 60 calendar days of written notice of LTC's decision effecting services. Appeals may be made orally or in writing. Oral appeals must be followed up with a signed, written appeal within 10 calendar days. If you file an appeal, you will receive an acknowledgement letter within five (5) business days of receipt of your appeal.

Humana Long-Term Care considers the member, member representative or provider on behalf of the member as parties to an appeal. We encourage members to use the informal complaint process first in an attempt to work out the issue directly with their Care Manager and or their supervisor. If your concern or complaint was not resolved to your satisfaction with your Care Manager, you or your representative may file an appeal with Humana Long-Term Care Plan's Appeals Coordinator located at:

Humana Long-Term Care Plan
Attn: Grievance and Appeal Department
PO Box 14546
Lexington, KY 40512-4546

If you, your representative or provider on behalf of the member wishes to write a letter to the Appeal Coordinator addressing your concern, the letter should include your name, address, member ID number, date and signature. Your Care Manager or provider are available to assist you with this process.

If you would prefer to use an appeal form, you can request one by calling Humana Long-Term Care at 1-888-998-7732. The office hours are 8 a.m. – 8 p.m., Eastern time, Monday – Friday. The form will be mailed to you within three (3) working days. You will need to complete this appeal form and mail it back to the Grievance and Appeal Department at the address provided above.

Upon receipt of your written appeal, the Appeals Coordinator will have your concern investigated and a written decision will be mailed to you within 30 calendar days. The person(s) who originally made the decision will not be a decision maker in the appeal process.

To request a complete description of Humana Long-Term Care Plan's Appeals Procedure, you may call Customer Service at **1-888-998-7732**.

Expedited appeals

You may request an expedited appeal if you feel your appeal is urgent. The person(s) who originally made the decision to reduce or deny services will not be a decision maker in the determination process.

Within 72 hours (or sooner, if needed) of the receipt of your request a decision will be determined and you will be notified by phone. The final determination will be sent to you in writing.

Continuing benefits/services

Humana Long-Term Care will continue the member's benefits if:

- The appeal is filed timely, meaning on or before the later of the following:
  - Within 10 days of the date on the notice of adverse benefit determination (or 15 days if the notice is sent via U.S. mail)
  - The intended effective date of LTC proposed action
- The appeal involves the termination, suspension or reduction of a previously authorized course of treatment
- The services were ordered by an authorized provider
- The authorization period has not expired
- The member requests extension of benefits

Important information regarding appeals

You have the right to continue to receive authorized services during the appeal process. However, at the conclusion of the appeal process, in the event of a ruling in favor of Humana Long-Term Care, you may have to pay for those services rendered during the appeal process.

If you would like general information about Medicaid programs, receive publications, referral numbers or to file complaints, please contact the Agency for Health Care Administration Consumer Hotline at toll free: 1-888-419-3456. You may also contact the Agency for Healthcare Administration Medicaid Help Line at toll free: 1-877-254-1055.

Subscriber Assistance Program

When you receive a final decision letter after your Humana Long-Term Care appeal, you may request review of that decision within one (1) year of receiving the letter. You may not request the review of an appeal if it has already been to a Medicaid Fair Hearing. You may have to pay for the cost of benefits if the decision is upheld. If the managed care plan does not have an independent external review organization for its grievance process, the right to appeal an adverse decision on an appeal to the Subscriber Assistance Program (SAP), including how to initiate such a review and the following.

a. Before filing with the SAP, the member must complete the managed care plan's appeal process;
b. The member must submit the appeal to the SAP within one (1) year after receipt of the final decision letter from the managed care plan;
c. The SAP will not consider a member appeal that has already been to a Medicaid Fair Hearing;
d. The address and toll-free number for enrollee appeals to the SAP are:

   Agency for Health Care Administration
   Subscriber Assistance Program
   Building 3, MS #45
   2727 Mahan Drive
   Tallahassee, Florida 32308

   Phone: 1-850-412-4502
   Toll-free: 1-888-419-3456

e. That the member may have to pay for the cost of those benefits if the Medicaid Fair Hearing upholds the managed care plan's action.

Medicaid Fair Hearing

You may request a Medicaid Fair Hearing after you complete our appeals process within 120 days from the notice of denial, termination, limitation, reduction or suspension of benefits. You or your representative must contact:

Agency for Health Care Administration
Medicaid Hearing Unit

P.O. Box 60127
Ft. Myers, FL 33906
(877) 254-1055 (toll-free)
(239) 338-2642 (fax)

MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com

Your Care Manager is available to assist you with this process if you wish. Humana Long-Term Care will continue your benefit's during the fair hearing process if:

- The fair hearing request is filed timely, meaning on or before the later of the following:
  - Within 10 business days of the date on the notice of adverse benefit determination
  - The intended effective date of Humana Long-Term Care's proposed action
- The fair hearing/appeal involves the termination, suspension or reduction of a previously authorized course of treatment
- The services were ordered by an authorized provider
- The authorization period has not expired
- The member requests and extension of benefits

The addresses and phone numbers for Medicaid Fair Hearings at the local Medicaid Area Offices can be located at:

- www.myflfamilies.com/about-us/office-inspector-general/investigation-reports/appeal-hearings

Fraud, waste and abuse

Humana Long-Term Care is committed to detecting and preventing fraud, waste and abuse. We need your help.

Fraud is lying in order to get a benefit that was not approved. It is an intentional deception or misrepresentation made by a person with the knowledge that the deception results in unauthorized benefit to herself or himself or another person. This includes any act that federal or state law defines as fraud.

Waste means overuse of services or other practices that cost more than they need to. In most cases, waste is not done on purpose but is still a misuse of resources.

Abuse includes:

1. When a provider does something that is not a widely accepted business or health practice and leads to:
   - Unneeded Medicaid costs, or
   - Payment for goods or services that are not needed for your health or that don't meet professionally recognized standards for healthcare
2. When a member does something that leads to unneeded Medicaid costs.

Examples of fraud, waste and abuse include:

- Billing for services that were not given
- Double billing and/or clustering
- Asking for, offering, or getting a kickback, bribe or rebate
- Identity theft
- Letting friends or relatives use member ID cards
- Billing for more costly services or procedures than were actually given
- Charging extra for services or supplies
- Charging for items that are not covered as if they are covered
- Doing tests on a member to show health need
- Up-coding the level of service given or unbundling services
- Payment for services that are not needed for your health or that do not meet professionally recognized standards for healthcare
- Prescribing a medicine for 30 days with a refill when it is not known if the medicine will be needed

To report suspected fraud, abuse and/or overpayment in Florida Medicaid:

- To report suspected fraud and/or abuse in Florida Medicaid, call the Consumer Complaint Hotline toll free at 1-888-419-3456 or complete a Medicaid Fraud and Abuse Complaint Form, which is available online at: https://apps.ahca.myflorida.com/InspectorGeneral/fraud_complaintform.aspx
- If you report suspected fraud and your report results in a fine, penalty or forfeiture of property from a doctor or other healthcare provider, you may be eligible for a reward through the Attorney General's Fraud Rewards Program toll-free (1-866-966-7226 or 850-414-3990). The reward may be up to twenty-five percent (25%) of the amount recovered, or a maximum of $500,000 per case, (Section 409.9203, Florida Statutes). You can talk to the Attorney General's Office about keeping your identity confidential and protected.
- Humana's Fraud Hotline: **1-800-614-4126** (You can call 24 hours a day, seven days a week. You can choose to remain anonymous.)

Your privacy

This notice describes how medical information about you may be used and disclosed and you get access to this information

When this notice took effect

This notice took effect April 26, 2003. To learn when it was last revised, please see the last page of this section.

We must protect private facts about your health

By law, we must protect private facts about your health. These facts are called **protected health information,** or PHI for short. We need PHI in order to give you healthcare and follow the law.

PHI includes:

- Facts about your past, present or future health or health problems
- What kind of healthcare you get, or the payment of this healthcare
- Any papers from our files that can be used to identify you

This notice applies to all records of the care and services we give you. This includes records made by our staff or by your doctor. This notice tells how we are allowed to use or share your PHI. It also describes your rights. We reserve the right to change this notice and our Privacy Policies and Procedures at any time. Any changes will apply to the PHI we already have. When we make a big change, such as a state or federal law that may change our required response time, we will change this notice. We will give you a copy of the new privacy notice and a letter letting you know about the change. You can ask for a copy of this notice at any time. (See above for contact details.)

How to contact us

Call us at any time:

561-665-4370

Fax us:

561-496-6351

Write to us:

Humana Medical Plan, Inc.
777 Yamato Road, Suite 510
Boca Raton, FL 33431

Our duties

By law, we must:

- Make sure that any PHI that identifies you is kept private
- Give you this notice of our privacy practices
- Share only facts about HIV, mental health and contagious diseases as allowed under federal and state law
- Follow the terms of this notice as long as it is in effect
- Follow the terms of any new versions of this notice

How we may use or share your PHI

Here are some of the ways we may use or share your PHI. Please note that we may share your PHI in more than one way, such as by mail, phone and email.

A. We may use or share your PHI to make sure you get the treatments and services you need. These may include medicines, physical therapy, lab tests and supplies. We may share your PHI with providers and stores. We may also use your PHI to manage your healthcare.

B. We may use or share your PHI to get paid for treatments and services. For instance, we may share parts of your PHI with claims and health plan staff. We may also share your PHI with outside people who work on our claims.

C. We may use or share your PHI to manage our offices. For instance, we may use your PHI to check how good your healthcare is. We may also share your PHI with our staff to make sure we follow the laws that affect us.

D. We may share your PHI to manage treatment, payment and healthcare. For instance, we may share your PHI with a business that we hire to bill insurance companies for us. This will let that business help us get paid.

E. We may share your PHI with people who help care for you or pay for your care. We "may share your PHI with friends or family members who play a direct role in your healthcare. We may also share your PHI with someone who helps pay for your care. If there is a major disaster, we may share your PHI with a group that is helping with the relief work. That way, your family can find out how you are. If we give care at your employer's request, we may share your PHI with them. If you get care at work, your employer may have access to your records. There may be shared staff, storage or computers.

F. We may use your PHI to remind you about appointments. You can opt out, if you want.

G. We may use your PHI to tell you about treatment options. You can opt out, if you want.

H. We may use your PHI to tell you about health-related benefits and services. You can opt out, if you want.

I. We may share your PHI because of workers' compensation or similar programs. These programs give benefits if you get hurt or sick because of work.

J. We may use or share your PHI because of special cases.

* Note: In New Mexico and Pennsylvania, we may need your written consent in order to use or share your PHI in ways A–H.*

As required by law

We will share your PHI when we are required to do so by federal, state or local laws. These may include the Occupational Safety and Health Act (OSHA), Federal Drug Administration (FDA) and Department of Transportation (DOT).

Public health

We may share your PHI to support public health. For instance, we may share your PHI to:

a. Prevent or control disease, injury, or disability
b. Report births and deaths
c. Report child abuse or neglect
d. Report side effects to medicines or problems with products
e. Tell you about product recalls
f. Tell you that you may have been exposed to a disease, or at risk for getting or spreading a disease
g. Tell the right government power if we think you have been the victim of abuse, neglect or domestic violence. In these cases, we will share your PHI only if you agree or when the law requires or allows us to do so.

Health oversight

We may share your PHI with government agencies. They may use your PHI so they can carry out health oversight actions that are allowed by law. For instance, they may conduct audits, investigate, inspect or give out licenses.

Lawsuits and disputes

If you are involved in a lawsuit or a dispute, the court may order us to share your PHI. We may also share your PHI in response to a subpoena, discovery request or other lawful process by someone else in the dispute.

Police

We may share your PHI with police:

a. In response to a court order, subpoena, warrant or summons
b. To identify or find a suspect, fugitive, witness or missing person. (In this case, we will share only the needed facts. For instance: name and address, date and place of birth, social security number, blood type, RH factor, injury, date and time of treatment, and details of death.)
c. About the victim of a crime if, in some cases, the person does not consent
d. About a death we think may be the result of a crime
e. About a crime we think happened at our facility
f. In a crisis to report facts about a crime

Coroners, medical examiners and funeral directors

We may share your PHI with coroners or medical examiners. They may use your PHI to identify a body or find the cause of death. We may also share your PHI with funeral directors to carry out their duties.

Organ and tissue donation

We may share your PHI with groups that deliver organs, eyes or tissues to an organ donation bank. That way, they can get to the people who need them.

Research

In some cases, we may use and share your PHI to help with research. All research projects must follow a special approval process. During this process, they assess the project and how they will use the PHI. Then they balance these research needs with our patients' need for privacy. We share PHI only if a project has been approved through this special process. However, sometimes the people who are preparing a research project may want to look at facts about patients with certain healthcare needs. In this case, the approval process is not required. We may allow them to review PHI, as long as the PHI does not leave our facility.

To prevent a serious threat to health or safety

We may use or share your PHI to prevent a serious threat to health and safety. This includes your health and safety or that of the public or another person. We would share your PHI only with someone who can help prevent the threat.

Armed Forces and foreign military staff

If you are a member of the Armed Forces, we may share your PHI with your commanders.

National security

We may share your PHI with federal officials. They may use your PHI so they can carry out national security actions that are allowed by law. These may include spying.

Protective services

We may share your PHI with federal officials. They may use your PHI to protect the president and others, such as foreign heads of state. They may also use your PHI to investigate.

Inmates

If you are an inmate of a prison or jail, or in police custody, we may share your PHI. Your PHI may be used to give you healthcare, protect your health and safety or the health and safety of others, or keep the facility safe and secure.

Food and Drug Administration (FDA)

In some cases, we may share your PHI with the FDA. They may use it to recall, replace, or fix food, drugs or other products.

We may use or share your PHI in other ways

There may be times when we use or share your PHI in a different way or with different people while we are doing one of the actions described in reasons A–J. These incidental uses are okay, as long as there are reasonable safeguards in place to limit them.

When you no longer get services from us

When you no longer get services from us, we can still use your PHI for the reasons described in this notice. But we can do so for only a certain amount of time. Each state has laws about how long we are allowed to keep your PHI. After that, we must destroy your PHI. We must follow strict rules when we destroy it.

Your PHI rights

You have rights that relate to your PHI.

You have the right to ask us to limit how we use and share your PHI

We will look at your request. But the law does not require us to approve it. If we say yes, we will put any limits in writing and follow them, except in a crisis. You may not limit those uses that we are legally required or allowed to make.

You have the right to choose how we send PHI to you

You can ask us to send it to a certain address, or by a different method, like email. We must agree to your request, and must be able to easily send it in the format you choose.

You have the right to see or get copies of your PHI

In most cases, you have the right to look at — or get copies of — your PHI. You must make the request in writing. There may be a charge for each page. If we do not have your PHI, but we know who does, we will tell you how to get it. In some cases, we may deny your request. If we say no, we will tell you why in writing. We will also explain your right to have the denial reviewed. You can ask for a summary or explanation of your PHI. But you must agree to pay any extra costs in advance.

You have the right to find out what PHI we have shared

Your request must tell what time period you want to know about. It may go back no more than 6 years ago. (See page 7 for contact details.) We will tell you what facts we shared, when we shared them, and with whom we shared them. We will also tell you why we shared them. We will not tell you about facts used for treatment, payment, managing healthcare, uses that you agreed to or times that we shared your PHI with you or your family. We will not tell you about facts used for national security, or by prison or police staff.

You have the right to correct or update your PHI

If you feel that your PHI is wrong or incomplete, you can ask us to correct it. You must tell us why in writing. (See page 7 for contact details.) If we agree to change your PHI, we will tell you that we have changed it. We will also tell others who need to know about the change.

If we deny your request, we will tell you why in writing. We may say no if your PHI is:

- Correct and complete
- Not created by us
- Not able to be shared
- Not part of our records

If we say no, we will tell you how to file a statement of protest. If you do not file this statement, you can ask that your request and our denial be attached anytime we share your PHI in the future.

You have the right to get this notice

You can get a copy of this notice by mail or email.

You have the right to refuse to let us use or share your PHI for other reasons

This notice tells how we can use or share your PHI. In all other cases, we need your written consent to use or share your PHI. For instance, we need your consent to:

1. Share psychotherapy notes that involve your PHI (in most cases)
2. Market using your PHI
3. Sell your PHI

If you give your consent, you can change your mind at any time. Just tell us in writing.

You have the right to opt out of messages from us

These include messages about:

a. Appointment reminders

b. Treatment choices

c. Health-related benefits and services

How to file a complaint

If you think we have harmed your right to privacy, you may file a complaint. We will do our best to respond quickly. (See page 7 for contact details.) You may also send a written complaint to the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (OCR). Just ask and we will give you the address of your local OCR office. Or email your complaint to OCRComplaint@hhs.gov. We support your right to protect the privacy of your PHI. We will not harm you in any way if you file a complaint with us or with the OCR. We will respond to all privacy requests and complaints. It has always been our goal to protect your PHI. So we will tell you of any case where we may use or share your PHI for reasons other than what is described in this notice.

If there is a security breach

You have the right to know if your PHI is wrongly used or shared because of a security breach. We will tell you right away if this happens.

Date of last change for the Privacy Notice: October 2016

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

- You have the right to view and get a copy of all the records we keep about you. This is anything we use to make decisions about your health. It includes enrollment and payment. It also includes claims and medical management records.
- You do not have the right to get certain types of health records. We may decide not to give you these:
- Records that have psychotherapy notes.
- Records collected for use in a court case or other legal action.
- Records subject to federal laws about biological products and clinical laboratories. In some cases, we may not let you get a copy of your records. You will be informed in writing. You may have the right to have our action reviewed. *You have the right to ask us to make changes to wrong or incomplete records.*These changes are known as amendments. You must ask for the change in writing. You need to give a reason for your change(s). We will get back to you in writing no later than 60 days after we receive your letter.
- If we need more time, we may take up to another 30 days. We will inform you of any delays and tell you when we will get back to you. If we make your changes, we will let you know they were made. We will also give your changes to others who we know have your records and to other persons you name.
- If we choose not to make your changes, we will let you know why in writing. You will have a right to send us a letter disagreeing with us. We have a right to answer your letter. You then have the right to ask that your original request for changes, our denial and your second letter disagreeing with us be put with your records. Your request must be in writing.

Medicaid Area Offices on Aging and Disabilities Resource Centers (ADRCs)
The Department of Elder Affairs administers programs and services for elders across the state of Florida through 11 Area Agencies on Aging, which operate as Aging and Disability Resource Centers (ADRCs). These ADRCs function as a single, coordinated system for information and access to services for all Floridians seeking long-term care resources. The ADRCs provide information and assistance about state and federal benefits, as well as available local programs and services. See below to contact your local ADRC.

By sharing a common information and referral system, the ADRCs are able to provide elders with uniform assistance no matter where they live. This system also offers the public access to a statewide database of local community resources, available on the internet or by calling the **Elder Helpline toll-free at 1-800-96 ELDER (1-800-963-5337)**

PSA 1: Northwest Florida Area Agency on Aging
5090 Commerce Park Circle
Pensacole, FL 32505
(850) 494-7100
www.nwflaaa.org

PSA 2: Area Agency on Aging for North Florida, Inc
2414 Mahan Drive
Tallahassee, FL 32308
(866) 467-4624 or (850) 488-0055
www.aaanf.org

PSA 3: Elder Options, the Mid-Florida Area Agency on Aging
St. Petersburg, FL 33702
(727) 570-9696
www.agingcarefl.org

PSA 6: West Central Florida Area Agency on Aging, Inc
8928 Brittany Way
Tampa, FL 33619
(813) 740-3888
www.seniorconectioncenter.org

PSA 7: Senior Resource Alliance
988 Woodcock Road, Suite 200
Orlando, FL 32803
(407) 514-1800
www.seniorresourcealliance.org

PSA 8: Area Agency on Aging of Southwest Florida
15201 North Cleveland Avenue, Suite 1100
North Fort Myers, FL 33903
(239) 652-6900
www.aaaswfl.org

PSA 9: Area Agency on Aging of Palm Beach/ Treasure Coast, Inc
4400 N. Congress Avenue
West Palm Beach, FL 33407
(561) 684-5885
www.youragingresourcecenter.org

PSA 10: Aging and Disability Resource Center of Broward County
5300 Hiatus Road
Sunrise, FL 33351
(954) 745-9567
www.adrcbroward.org

PSA 11: Alliance for Aging Serving Miami-Dade and Monroe Counties
760 NW 107th Avenue, Suite 214, 2nd Floor
Miami, FL 33172
(305) 670-6500
www.allianceforaging.org

Independent Consumer Support Program:
The Independent Consumer Support Program (ICSP), is a coordinated effort by the Florida Department of Elder Affairs' Bureau of Long-Term Care & Support (LTCS), working in collaboration with the statewide Long-Term Care Ombudsman Program (LTCOP), the local Aging and Disability Resource Centers (ADRCs), and AHCA. Florida's ICSP operates using the staff of LTCS, local ADRCs, and the LTCOP to ensure that SMMC LTC consumers have multiple access points for information, complaints, grievances, appeals, or questions. Additionally, this three-pronged approach allows consumers a "no wrong door" access to the ICSP complaint resolution process, in addition to targeting the specific group who can best address a specific complaint, grievance, or question.

For additional information, please visit DOEA's website http://elderaffairs.state.fl.us/doea/smmcltc.php

Handbook signature page

I have been given a copy of the Humana Long-Term Care Member Handbook. Contact your Care Manager if you have any questions.

Member/Representative: _____

Date: _____

Discrimination is Against the Law

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

Humana Inc. and its subsidiaries provide:

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

If you need these services, contact Customer Service at 1-888-998-7732 TTY 711.

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

Discrimination Grievances
P.O. Box 14618
Lexington, KY 40512 - 4618
1-888-998-7732 or if you use a TTY, call 711.

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

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201
1-800–368–1019, 800-537-7697 (TDD)
Complaint forms are available at http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Multi-Language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-998-7732（TTY：711）.

Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-998-7732（TTY：711).

Kreyòl Ayisyen (French Creole): ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-888-998-7732（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 1-888-998-7732（TTY：711).

Português (Portuguese): ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-888-998-7732（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 1-888-998-7732（TTY：711）。

Français (French): ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-998-7732 (ATS : 711).

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-998-7732 (TTY：711).

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-998-7732 (телетайп: 711).

العربية (Arabic):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-888-998-7732 (رقم هاتف الصم والبك: 711)**.

Italiano (Italian): ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-888-998-7732 (TTY: 711).

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-998-7732 (TTY: 711).

한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-998-7732 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Polski (Polish): UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-888-998-7732 (TTY: 711).

ગુજરાતી (Gujarati): સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-888-998-7732 (TTY: 711).

ภาษาไทย (Thai): เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรีโทร 1-888-998-7732 (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, koji' hódíílnih 1-888-998-7732 (TTY: 711).

Contenido

Bienvenida al afiliado	
Cómo contactarse con nosotros	**51**
Interpretación y comunicación alternativa	**52**
Tarjeta de identificación	**52**
Sus derechos y responsabilidades	**53**
Sus derechos	**53**
Sus responsabilidades	**54**
El rol de su coordinador de cuidado de la salud	**55**
Servicios en casos de emergencia y fuera del horario de atención	**55**
Su coordinador de cuidado de la salud	**55**
Plan de cuidado de la salud	**56**
Planificación de metas personales	**56**
Plan de coordinación del cuidado de la salud	**56**
Plan de respaldo	**56**
Plan para casos de emergencia y durante un desastre	**56**
Sus médicos	**57**
Opción de servicios dirigidos por el participante	**57**
Segunda opinión	**57**
Limitaciones y restricciones generales y exclusiones en el acceso a los proveedores	**57**
Servicios sustitutos	**58**
Proveedores o servicios fuera de la red solicitados sin aprobación previa	**58**
Acceso a recursos educativos y para el consumidor	**59**
Mejoras en la calidad	**59**
Mejora de calidad	**59**
Políticas y procedimientos	**59**
Instrucciones anticipadas	**60**
¿Qué es una instrucción por anticipado?	**60**
¿Qué es un testamento en vida?	**60**
¿Qué es una designación de apoderado para la toma de decisiones sobre cuidado de la salud?	**61**
¿Cuál es mejor?	**61**

¿Tengo que redactar una instrucción anticipada en virtud de la ley de Florida? **61**
¿Puedo cambiar de opinión después de escribir un testamento en vida o designar a un apoderado para la toma de decisiones sobre cuidado de la salud? **62**
¿Qué sucede si completé una instrucción anticipada en otro estado y necesito tratamiento en un centro de cuidado de la salud de Florida? **62**
¿Qué debo hacer con mi instrucción anticipada si decido tener una? **62**
¿Dónde puede obtener más información? **62**

Elegibilidad e inscripción 63

Elegibilidad **63**
Inscripción **63**
Inscripción abierta **63**
Población obligada **64**
Población voluntaria **64**
Proceso de restitución **65**
Desafiliación **65**
Desafiliación justificada **65**
Desafiliación sin justificación **66**

Sus servicios 67

Servicios cubiertos por el programa Humana Long-Term Care **67**
Acompañante para adultos **67**
Cuidado diurno de la salud para adultos **67**
Servicio de cuidados asistenciales **67**
Residencia asistida **67**
Centros de residencia asistida **67**
Cuidado de un asistente **68**
Gestión para la salud del comportamiento **68**
Capacitación de cuidadores **68**
Coordinación del cuidado de la salud y coordinación de casos **68**
Servicios de adaptación y accesibilidad en el hogar **68**
Comidas entregadas a domicilio **68**
Servicios de personal doméstico **68**
Servicios de hospicio **68**
Enfermería intermitente y especializada **68**
Equipo y suministros médicos **68**
Administración de medicamentos **69**
Control de medicamentos **69**

Evaluación nutricional y reducción de riesgos	**69**
Servicios de centros de enfermería	**69**
Suplementos nutricionales	**69**
Terapia ocupacional	**69**
Cuidado personal	**69**
Medicamentos recetados	**69**
Sistema de respuesta para casos personales de emergencia (PERS, por sus siglas en inglés)	**70**
Terapia física	**70**
Cuidado de relevo	**70**
Terapia respiratoria	**70**
Terapia del habla	**70**
Transporte	**70**
Servicios dentales	**70**
Servicios para la vista	**70**
Prueba auditiva	**71**
Reserva de cama en centros de residencia asistida y hogares de cuidados familiares para adultos	**71**
Apoyo para la transición fuera de un centro de enfermería	**71**
Beneficio de medicamentos de venta sin receta recetados	**71**
Servicio de teléfono celular	**72**
Transporte sin carácter de emergencia	**72**
Pastillero	**72**
Información y apoyo para cuidadores	**72**
Suministro de comidas en casos de emergencia	**72**
Organizador de documentos	**72**
Quejas, quejas formales y apelaciones	**73**
Quejas	**73**
Quejas formales	**73**
Quejas relacionadas con negligencia, abuso o explotación	**74**
Apelaciones	**76**
Apelaciones aceleradas	**76**
Continuidad de los beneficios y servicios	**77**
Información importante sobre las apelaciones	**77**
Programa de asistencia para abonados	**77**
Audiencia imparcial de Medicaid	**77**
Fraude, malgasto y abuso	**78**

Su privacidad	**80**
Cómo contactarnos	**80**
Fecha de entrada en vigencia de este aviso	**80**
Debemos proteger la privacidad de su información médica	**80**
Nuestras responsabilidades	**81**
Cómo podemos usar o revelar su información de salud protegida	**81**
Según la ley así lo exija	**82**
Salud pública	**82**
Supervisión de la salud	**82**
Demandas y disputas	**82**
Policía	**82**
Médicos forenses, patólogos y directores funerarios	**82**
Donación de órganos y tejidos	**83**
Investigaciones	**83**
Para evitar una amenaza grave a la salud o seguridad	**83**
Fuerzas armadas y personal militar extranjero	**83**
Seguridad nacional	**83**
Servicios de protección	**83**
Presos	**83**
Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés)	**83**
Podemos usar o revelar su información de salud protegida de otras maneras	**83**
Cuando usted ya no recibe servicios a través de nosotros	**84**
Sus derechos sobre la información de salud protegida	**84**
Usted tiene derecho a solicitarnos que limitemos la manera en que usamos y revelamos su información de salud protegida	**84**
Usted tiene derecho a elegir cómo le enviaremos la información de salud protegida	**84**
Usted tiene derecho a consultar y obtener copias de su información de salud protegida	**84**
Usted tiene derecho a conocer la información de salud protegida que hemos revelado	**84**
Usted tiene derecho a corregir o actualizar su información de salud protegida	**84**
Usted tiene derecho a recibir este aviso	**85**
Usted tiene derecho a negarse a permitirnos usar o revelar su información de salud protegida por otros motivos	**85**
Usted tiene derecho a optar por no recibir mensajes nuestros	**85**

Cómo presentar una queja	**85**
Si existe un incumplimiento de la política de seguridad	**85**
Cómo solicitar una copia de su archivo de caso	**86**
Oficinas regionales de Medicaid para los Centros de Recursos para Discapacitados y Ancianos	**86**

Bienvenido al Plan Humana Long-Term Care

Nuestro objetivo es ayudarle a vivir en su hogar y su comunidad por medio de una gran variedad de servicios. Con su participación activa, su coordinador de cuidado se asegurará de que se le provean los servicios que cumplan con sus necesidades.

En este manual se explican los servicios que tiene a su disposición y otra información para afiliados. Lea este manual y contacte con nosotros si tiene preguntas. Consulte la sección “Cómo contactar con nosotros” de este manual.

Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas. Comuníquese con nuestro Servicio al Cliente llamando al 1-888-998-7732. Si usa un TTY, marque 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

This information is available for free in other languages. Please contact our customer service number at 1-888-998-7732, If you use TTY, call 711, Monday - Friday, 8 a.m. - 8 p.m. Eastern Time.

El objetivo del programa de Cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) es proveerle una variedad de servicios que cumplen con sus necesidades y le permiten vivir en el lugar que usted elige. Esto incluye permitirle vivir en la comunidad durante todo el tiempo que usted elija;

Cómo contactar con nosotros

Nuestro horario de atención es de 8:30 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes. Si necesita ayuda fuera del horario de atención, llame a nuestra línea de ayuda para afiliados: **1-888-998-7732**. El servicio está disponible las 24 horas, los siete días de la semana. También puede obtener información en **Humana.com/medicaid/florida/ltss**.

Corporate Office 777 Yamato Road, Suite 510 Boca Raton, FL 33431	561-499-9656
Línea de ayuda para afiliados	1-888-998-7732
Línea de ayuda para proveedores	1-888-998-7735

Interpretación y comunicación alternativa

¿Habla un idioma diferente del inglés? ¿Tiene dificultades de visión o audición? Nosotros ofrecemos servicios gratuitos que pueden ayudarle a comunicarse. Para utilizar estos servicios, hable con su Coordinador de cuidado de la salud. Contamos con servicios de interpretación y comunicación para todos los idiomas extranjeros y para personas con dificultades de visión y trastorno auditivo. Hable con su Coordinador de cuidado de la salud para acceder a estos servicios sin cargo.

Tarjeta de identificación

Como afiliado del Plan Humana Long-Term Care, usted tendrá una tarjeta de identificación de afiliado de Humana. Esta tarjeta se puede utilizar para obtener beneficios de productos sin receta. Si no tiene su tarjeta o la ha perdido, hable con su Coordinador de cuidado de la salud para obtener una nueva.



Sus derechos y responsabilidades

Sus derechos

- Recibir información completa y por adelantado de todo el cuidado y los tratamientos que le suministrará la agencia, y de los cambios en el cuidado o los tratamientos; el derecho a recibir una copia del plan de cuidado si lo solicita
- Recibir información completa de los servicios disponibles a través de la agencia y de la forma de acceder a ellos
- Recibir información completa de un médico respecto de su estado de salud, a menos que esté contraindicado por razones médicas
- Participar en la planificación del plan de cuidado de la salud y rechazar el tratamiento sin reembolso, mientras esté totalmente informado del posible costo médico de esa decisión
- Que se le garantice la confidencialidad de los expedientes y aprobar o rechazar la divulgación de información no autorizada por la ley
- Estar libre de cualquier forma de limitación que se utilice para disciplina, conveniencia o represalia
- Ser tratado con consideración, respeto, pleno reconocimiento de su dignidad e individualidad, incluso la privacidad en el tratamiento y en el cuidado en cuanto a necesidades personales; que se trate con respeto su propiedad
- Presentar una queja formal sin temor a ser discriminado o sufrir represalias por parte de la agencia; ser puesto en conocimiento del número de la Línea directa del estado con el horario de atención y el objetivo de obtener información sobre agencias de cuidado de la salud en el hogar
- Que se le garantice que el personal esté acreditado y presente la debida identificación en el momento de la visita
- Que se le brinden servicios sin tener en cuenta su raza, color, creencia, sexo o edad, origen nacional, ascendencia, o discapacidad o incapacidad
- Recibir información, antes del inicio del cuidado, sobre el costo de los servicios y el pago que se le puede solicitar al paciente
- Usted tiene derecho a elegir un proveedor no participante con otro plan estatal de Medicaid
- Recibir servicios comunitarios y domiciliarios en un entorno de hogar y participar en su comunidad, independientemente del lugar donde viva
- Dirigir su cuidado con su propio personal o proveedores
- Usted tiene derecho a recibir respuestas inmediatas y lógicas a preguntas y solicitudes
- Usted tiene derecho a saber quién provee los servicios médicos y quién es el responsable de su cuidado
- Usted tiene derecho a saber qué servicios de asistencia al paciente están disponibles, incluida la posible disponibilidad de un intérprete si no habla inglés
- Usted tiene derecho a saber qué normas y reglamentaciones se aplican a su conducta
- Usted tiene derecho a recibir del proveedor de cuidado de la salud información relacionada con el diagnóstico, el curso de tratamiento planificado, las alternativas, los riesgos y el pronóstico
- Usted tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento, excepto según lo prohíba de alguna otra forma la ley
- Usted tiene derecho a recibir, a pedido, información completa y el asesoramiento necesario sobre la disponibilidad de recursos financieros conocidos para su cuidado
- Usted tiene derecho a recibir una copia de una factura desglosada, razonablemente clara y comprensible y, a pedido, disponer de una explicación de los cargos
- Usted tiene derecho a recibir tratamiento por cualquier afección médica de emergencia que deteriorará su salud ante la falta de tratamiento
- Usted tiene derecho a saber si un tratamiento médico cumple con los fines de una investigación experimental y a dar su consentimiento o negarse a participar en dicha investigación experimental

- Usted tiene derecho a recibir información sobre opciones y alternativas de tratamiento disponibles, presentadas de manera apropiada a su afección y capacidad para entenderla

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

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

Sus responsabilidades

- Brindar información médica y antecedentes médicos precisos y completos de un modo que se entienda
- Ayudar al Coordinador de cuidado de la salud, cuando sea posible, en el desarrollo de un plan de cuidado de la salud que mejor cumpla con sus necesidades
- Participar en el plan de tratamiento, siempre que sea posible, y poner a disposición un cuidador para que asuma el cuidado primario, según corresponda
- Tener un médico de cuidado primario que provea indicaciones (según sea necesario) para servicios y tratamientos de cuidado especializado en el hogar
- Informar al personal de la agencia sobre cualquier cambio en su estado de salud, medicamentos y tratamientos; informar a la agencia sobre cualquier cambio en su situación financiera que podría afectar al pago del cuidado en el hogar
- Tener un plan de manejo de emergencias y acceder a este plan si es necesario para su seguridad
- Informar a la agencia sobre la existencia de instrucciones anticipadas y proveer copias según sea pertinente
- Usted es responsable de sus acciones si se niega a recibir tratamiento o no sigue las instrucciones del proveedor de cuidado de la salud
- Aceptar servicios del personal de la agencia, sin tomar en cuenta la raza, la creencia, el color, la religión, el origen nacional, la discapacidad, el sexo o la edad
- Informar a Humana Long-Term Care y al DCF sobre un embarazo o nacimiento de un hijo
- Denunciar cualquier caso de fraude, abuso o sobrepago
  - Si cree que usted o alguien a quien conoce es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica, debe informarlo. El número de teléfono gratuito de la Línea directa contra abusos para todo el estado es el 1-800-96-ABUSE o 1-800-962-2873.

Su cuidado

Servicios de emergencia y fuera del horario de atención

Si tiene una emergencia de cuidado de la salud, diríjase a la sala de emergencias o llame al 911. No nos llame a nosotros. No es necesario que aprobemos los servicios en casos de emergencia. Para el cuidado en casos de emergencia puede usar cualquier hospital u otro centro. Una vez que ha pasado la emergencia en un servicio de salud, pídale a su Coordinador de cuidado de la salud que le ayude a recibir cuidado de seguimiento.

El rol de su Coordinador de cuidado de la salud

Como afiliado del programa Humana Long-Term Care, usted tiene un Coordinador de cuidado de la salud. Él es su contacto para recibir los servicios a través del programa de Cuidado a largo plazo de Humana. Si obtiene su seguro de salud a través de Humana, su Coordinador de cuidado de la salud también le ayuda a tener acceso a servicios de cuidado de la salud y bienestar.

Usted puede tener seguro con otra compañía (por ej., Molina, Sunshine, United Healthcare, Aetna, etc.). Si es así, su Coordinador de cuidado de la salud de Humana trabajará con ellos para ayudarle a tener acceso a sus beneficios de cuidado de la salud. El Coordinador de cuidado de la salud puede ser una enfermera registrada, una auxiliar de enfermería, un asistente social o un graduado universitario en otros servicios sociales o auxiliares. Humana también provee capacitación en planificación del cuidado y coordinación del cuidado para ancianos o discapacitados. Los coordinadores de cuidado trabajan para que vuelva a reinsertarse en la comunidad. El Coordinador de cuidado de la salud le ayuda a planificar sus metas personales. También le ayuda a planificar sus metas para reinsertarse en la comunidad. Además, su Coordinador de cuidado de la salud de Humana le ayuda a desarrollar su Plan de cuidado de la salud y Resumen de servicios. Esto le ayuda a satisfacer sus necesidades de cuidado a largo plazo. Esto se puede descubrir durante su evaluación integral del cuidado a largo plazo anual o cualquier reevaluación debido a un cambio en la afección. Finalmente, su Coordinador de cuidado de la salud de Humana le brinda apoyo.

Su Coordinador de cuidado de la salud se asegura de que usted y su cuidador sean los únicos que puedan elegir dónde puede vivir. Usted decide si desea vivir en la comunidad o en un centro de cuidado a largo plazo. El Coordinador de cuidado de la salud puede proporcionarle información sobre los lugares donde puede vivir. También puede ayudarle a comparar proveedores participantes de Humana o costos de los lugares donde podría vivir.

El Coordinador de cuidado de la salud también lo asiste para obtener acceso a servicios de la comunidad con el fin de complementar sus beneficios de Humana. Esto le ayudará a mejorar su calidad de vida. También le ayuda a cerrar brechas en su cuidado de la salud o planes de bienestar. Contacte con su Coordinador de cuidado de la salud antes de cambiar o solicitar servicios.

Hable con su Coordinador de cuidado de la salud si tiene preguntas, inquietudes o solicitudes sobre su cuidado. Por ejemplo, llame a su Coordinador de cuidado de la salud si:

- Tiene preguntas sobre los servicios y beneficios
- Necesita cambios en sus servicios
- Tiene una inquietud acerca de la calidad de sus servicios
- Sus condiciones de vida o su salud han cambiado.

Contacte con su Coordinador de cuidado de la salud para todas sus necesidades, entre ellas:

- Si cambia de lugar de residencia
- Si su afección requiere más servicios
- Si necesita una evaluación o reevaluación para desarrollar o actualizar el plan de cuidado de la salud
- Si necesita ir al hospital

La función de su Coordinador de cuidado de la salud es la siguiente:

- Evaluar o reevaluar sus necesidades sobre la base de su salud y sus condiciones de vida
- Visitarlo en su hogar o en el centro donde se encuentra
- Crear su Plan de cuidado de la salud con usted, su cuidador y su médico
- Revisar su plan de cuidado de la salud cada 90 días
- Coordinar los servicios de su Plan de cuidado de la salud
- Hacer un seguimiento para asegurarse de que sus servicios satisfagan sus necesidades
- Colaborar con el equipo de cuidado para completar un referido a un proveedor de la salud del comportamiento para afiliados de MMA o MA.
- Coordinar con el médico de cuidado primario para los afiliados que no tienen MMA o MA en relación con la salud del comportamiento, como:

Si tiene alguno de los siguientes sentimientos o problemas, debe contactar con su médico de cuidado primario o Coordinador de cuidado de la salud:

- Tristeza que no desaparece
- Sensación de desesperación o de estar indefenso
- Sentimientos de culpa
- Falta de valor
- Dificultad para dormir
- Falta de apetito
- Pérdida de peso
- Ansiedad

Primero decida si se trata de una verdadera emergencia de salud del comportamiento. ¿Piensa que representa un peligro para usted u otros? Si cree que es así, llame al "911" o vaya a la sala de emergencias más cercana para recibir cuidado.

Los ejemplos de problemas de salud mental de emergencia incluyen: posible peligro para sí mismo u otras personas, no poder realizar actividades de la vida cotidiana, o lesiones que podrían causar la muerte o lesiones físicas graves.

- Asegurarse de que Medicaid continúe pagando el nivel de cuidado que necesita
- Proporcionarle información relacionada con el proceso de integración en la comunidad y planificación de metas personales y con su participación en ese proceso.



Plan de cuidado de la salud

Su Coordinador de cuidado de la salud, usted, su cuidador y su médico crearán su Plan de cuidado de la salud. Este plan detallará qué servicios recibe y con qué frecuencia. Está basado en sus antecedentes médicos, sus necesidades de salud actuales y su situación de vida. También está basado en el apoyo que recibe de familiares y amigos.

Su Plan de cuidado de la salud puede cambiar a medida que cambian sus necesidades. Su Coordinador de cuidado de la salud examinará su plan. Su Coordinador de cuidado de la salud hablará con usted o con su cuidador antes de realizar algún cambio. En lo posible, su Coordinador de cuidado de la salud también consultará a su médico. Si tienen preguntas sobre su Plan de cuidado de la salud, hable con su Coordinador de cuidado de la salud.

Puede solicitar una evaluación o reevaluación de su Coordinador de cuidado de la salud para su uso en el desarrollo o la actualización del plan de cuidado de la salud en cualquier momento.



Planificación de metas personales

Su Coordinador de cuidado de la salud le ayudará a establecer metas personales. Juntos planificarán formas de alcanzar estas metas con la ayuda de servicios y recursos de la comunidad. Su Coordinador de cuidado de la salud revisará y mantendrá sus metas personales y podría modificarlas a medida que cambien sus necesidades.



Plan de coordinación del cuidado

Todos los servicios enumerados en nuestro Directorio de proveedores deben ser solicitados con anticipación por su Coordinador de cuidado de la salud del Plan Humana Long-Term Care. Los servicios están basados en necesidades individuales y se abordan en el Plan de cuidado de la salud desarrollado para usted. Su Coordinador de cuidado de la salud le entregará un Directorio de proveedores una vez que esté inscrito o en cualquier momento si lo solicita. Al solicitarlo también puede obtener una descripción del proceso de referido.



Plan de respaldo

Su Coordinador de cuidado de la salud le ayudará a elaborar un plan de respaldo. El plan se usará si tiene una brecha en sus servicios en el hogar o si prevé tenerla. Su Coordinador de cuidado de la salud examinará su plan de respaldo cada tres meses. Si su asistente de cuidado de la salud en el hogar falta a una cita sin avisarle antes, hable con su Coordinador de cuidado de la salud de inmediato.



Plan para casos de emergencia y durante un desastre

Su Coordinador de cuidado de la salud le ayudará a elaborar un plan para casos de emergencia y durante un desastre. Este plan contiene información sobre cómo prepararse para casos de emergencia o durante un desastre. Por ejemplo, incluye:

- Cómo preparase si tiene discapacidades

- Información sobre planes personales y familiares y refugios
- Cómo proceder ante necesidades especiales en cuanto a cuidado de la salud
- Listas de refugios locales
- Registro de necesidades especiales, información de evacuación, publicaciones sobre la preparación para emergencias en el caso de personas con discapacidades e información para cuidadores

Para obtener más información sobre cómo planificar en función de una emergencia o desastre, visite www.floridadisaster.org

Su libertad de elección con proveedores de la red

- Siempre tendrá la libertad de elegir cualquier proveedor que forme parte de nuestra red. Usted tiene derecho a recibir exenciones para servicios en un entorno residencial o no residencial que cumpla con los requisitos de entorno de HCB y a participar en su comunidad donde viva, independientemente de su entorno de vivienda.



Sus médicos

Háblenos sobre todas sus visitas a los servicios de cuidado de la salud. Su Coordinador de cuidado de la salud le dará una lista de médicos de nuestra red. Hable con su Coordinador de cuidado de la salud si:

- Necesita una copia
- Necesita ayuda para encontrar un médico en nuestra red
- Necesita ayuda para encontrar un médico



Opción de servicios dirigidos por el participante

La opción de servicios dirigidos por el participante (PDO, por sus siglas en inglés) le permite tener un rol más activo en su cuidado. La PDO le permite autodirigir sus servicios. Al elegir la opción de servicios dirigidos por el participante, usted puede elegir quién le proveerá los servicios y cómo y cuándo se proveerán esos servicios. Usted también tiene la responsabilidad de contratar, capacitar y supervisar a sus trabajadores de servicio directo. Si elige esta opción, puede coordinar y hacer elecciones. Si tiene al menos uno de los siguientes servicios en su plan de cuidado de la salud, puede participar en la PDO:

- Servicios de asistentes (enfermera registrada o auxiliar de enfermería)
- Servicios de personal doméstico
- Cuidado personal
- Servicios de acompañante para adultos y
- Enfermería intermitente y especializada



Segunda opinión

¿Le gustaría tener una segunda opinión sobre los servicios? También tiene derecho a pedir una segunda opinión. Puede ver a otro médico sin costo adicional. Contacte con su administrador de casos, quien deberá aprobar su solicitud y programar el servicio para una segunda opinión.



Limitaciones y restricciones generales y exclusiones en el acceso a los proveedores

En su Plan de cuidado de la salud se enumeran los servicios que cubrimos para usted. Están basados en sus necesidades individuales. Su Coordinador de cuidado de la salud debe aprobar previamente sus servicios según sus necesidades. Usted puede elegir proveedores de la red de Humana Long-Term Care. Si necesita un servicio que está disponible a través de programas como Medicare o Medicaid, puede recibir los servicios a través de otros programas. Para obtener información sobre cómo y dónde acceder a los beneficios del plan estatal de Medicaid no cubiertos en Humana Long-Term Care, contacte con la oficina de Medicaid de su área o con el Centro de Recursos para Discapacitados y Ancianos. Consulte la lista de contactos de este manual. Su Coordinador de cuidado de la salud le ayudará con los servicios de coordinación.

Limitaciones en los servicios:

- Los servicios deben tener autorización previa
- Los proveedores de servicios deben pertenecer a la red de Humana Long-Term Care
  - Los afiliados del plan de cuidado de la salud a largo plazo que se cambian de otro plan a Humana Long-Term Care pueden continuar recibiendo los mismos servicios de proveedores fuera de la red durante un tiempo limitado
- Los servicios deben ser un beneficio cubierto o un beneficio ampliado aprobado
- Los servicios deben ser necesarios por razones médicas:
  - Ser necesarios para proteger la vida, prevenir enfermedades o discapacidades graves, o aliviar un dolor agudo;
  - Ser personalizados, específicos y acordes a los síntomas, o diagnósticos confirmados de la enfermedad o lesión que se está tratando, y no exceder las necesidades del paciente;
  - Ser consistentes con los estándares profesionales generalmente aceptados según lo determinado por el programa Medicaid, y no experimentales o de investigación;
  - Reflejar el nivel de servicio que puede ofrecerse con toda seguridad y para el cual no exista un tratamiento igualmente efectivo y más conservador o menos costoso en todo el estado; y
  - Ofrecerse de manera que su propósito principal no sea la comodidad de quien lo recibe, de su cuidador o del proveedor.

Servicios sustitutos

Usted puede reunir los requisitos para servicios que no están cubiertos en virtud del plan estatal pero que se determina que son necesarios por razones médicas; estos servicios se llaman servicios sustitutos. Si tiene preguntas sobre un servicio que no está cubierto en virtud del plan estatal, llame a nuestra línea de ayuda para afiliados al 1-888-998-7732 (TTY: 711).



Proveedores o servicios fuera de la red solicitados sin aprobación previa

Los afiliados del plan de cuidado de la salud a largo plazo que se cambian de otro plan a Humana Long-Term Care pueden continuar recibiendo los mismos servicios de proveedores fuera de la red durante un tiempo limitado. Una vez realizada una evaluación y elaborado un Plan de cuidado de la salud por parte del Coordinador de cuidado de la salud de Humana Long-Term Care, los servicios necesarios serán proporcionados por un proveedor de la red.

El Plan Humana Long-Term Care no cubre servicios:

- De un proveedor que no pertenece a nuestra red (no figura en el Directorio de proveedores)
- Que su Coordinador de cuidado de la salud no aprueba de forma anticipada

Si necesita servicios de un proveedor que no pertenece a nuestra red, explíquenos los motivos por los que debe usar ese proveedor. Nosotros decidiremos si el servicio es necesario para su salud.

Si no cubrimos un servicio, de todos modos, puede obtenerlo a través de Medicare, Medicaid u otro programa. Para obtener más información sobre cómo usar el plan estatal de Medicaid, contacte con la oficina de Medicaid de su área o con el Centro de Recursos para Discapacitados y Ancianos. Para saber cómo contactar con ellos, consulte la última parte de este manual.

Acceso a recursos educativos y para el consumidor

Su Coordinador de cuidado de la salud puede ayudarle a acceder a recursos educativos y para el consumidor estatales o locales, con información sobre centros residenciales y otros proveedores de cuidado a largo plazo del plan (LTC). Se puede encontrar información en el sitio web del buscador de recursos de salud de la agencia (www.floridahealthfinder.gov) y el sitio web para consumidores de Residencia asistida asequible de Florida del Departamento de Asuntos para la Tercera Edad (**www.elderaffairs.state.fl.us/faal/**).

Su Coordinador de cuidado de la salud puede ayudarle a tener acceso a una copia de la política de cobertura de cuidado a largo plazo coordinado del Programa estatal de cuidado de la salud coordinado de Medicaid para Medicaid Florida. Se puede encontrar información en la Agencia regional para la administración del cuidado de la salud (http://www.ahca.myflorida.com/Medicaid/ltc_partnership_program/index.shtml).

Mejoras en la calidad

Ofrecemos información sobre temas como:

- Estar seguro
- Evitar las caídas
- Manejar enfermedades
- Dar instrucciones anticipadas

Para obtener información sobre proveedores de cuidado de la salud prolongada en su plan, visite:

- www.floridahealthfinder.gov
- www.elderaffairs.state.fl.us/faal/

O hable con su Coordinador de cuidado de la salud.

Para obtener esa información, hable con su Coordinador de cuidado de la salud.

Mejora de calidad

Humana controlará y evaluará la calidad y la corrección de los cuidados y servicios prestados o la no prestación de los cuidados o servicios. Nuestra evaluación se realizará de las siguientes maneras:

- Proyectos de mejora de desempeño
- Auditorias de expediente médico
- Medidas de desempeño
- Encuestas
- Proceso de revisión de pares

Pídale a su Administrador de cuidados más información sobre la evaluación de Mejoras de calidad de Humana. También recuerde informarle a su Administrador de cuidados sobre problemas con la prestación de cuidados y servicios.

Políticas y procedimientos

Usted puede solicitar una descripción detallada de las políticas y los procedimientos del Plan Humana Long-Term Care para cualquiera de las siguientes áreas:

- Proceso de autorización y referido
- Determinación de servicios que son necesarios por razones médicas
- Programa de control de calidad
- Proceso de acreditación
- Programa de beneficio de medicamentos recetados
- Confidencialidad y divulgación de expedientes médicos
- Resultados de la encuesta de satisfacción del afiliado
- Organización y estructura del plan
- Plan de incentivos a médicos
- Medida de desempeño (áreas de servicio específicas, tasa de desafiliación, tasa de retención, tasa de desafiliación voluntaria y duración promedio de la inscripción antes de la desafiliación voluntaria)

Instrucciones anticipadas

Todos los afiliados del Plan Humana Long-Term Care tienen derecho a tomar decisiones sobre el cuidado de su salud y de establecer instrucciones anticipadas. El objetivo de esta política es garantizar que los afiliados estén al tanto de sus derechos de conformidad con la ley y brindar cuidado de conformidad con esas decisiones dentro de los límites legales y morales.

¿Qué es una instrucción por anticipado?

Una instrucción anticipada es una declaración oral o escrita, que se hace en presencia de testigos antes de una enfermedad o lesión graves, sobre cómo quiere la persona que se tomen las decisiones médicas. Dos formas de instrucciones anticipadas son:

- Testamento en vida
- Designación de apoderado para la toma de decisiones sobre cuidado de la salud

Una instrucción anticipada le permite expresar sus preferencias sobre cuidado de la salud o nombrar a alguien para que tome decisiones por usted, en caso de que usted sea incapaz de tomar decisiones sobre su tratamiento médico.

¿Qué es un testamento en vida?

Un testamento en vida, por lo general, especifica el tipo de cuidado de la salud que usted quiere o no quiere en caso de volverse incapaz de tomar sus propias decisiones. Se llama testamento en vida porque entra en vigor mientras usted todavía está vivo. Las leyes de Florida ofrecen un modelo de testamento en vida. Usted puede utilizar este o algún otro formulario.

Debe firmar su testamento en vida en presencia de dos testigos que luego también lo firmarán. Si no puede firmarlo usted mismo, puede pedirle a uno de sus testigos que lo firme por usted, pero debe estar presente cuando el testigo lo hace. Uno de los testigos debe ser una persona distinta de su cónyuge o un pariente biológico. Tal vez desee hablar con un abogado o con su médico para asegurarse de completar el testamento en vida de forma que sus deseos se entiendan. Si las leyes de Florida cambian, se lo informaremos lo antes posible, a más tardar 90 días después de que el cambio entra en vigor.

Usted debe informarles a sus médicos que tiene un testamento en vida. Si ingresa a un centro y no puede decirle a su médico que tiene un testamento en vida, otra persona debe encargarse de hacerlo. Sus médicos respetarán sus deseos según consten en su testamento en vida. Si se presenta un desacuerdo respecto de sus deseos, sus médicos esperarán a que se revisen antes de proceder según sus deseos en el testamento en vida.

Sus médicos solo respetarán sus deseos según su testamento en vida si:

- Las posibilidades de que se recupere son muy bajas
- Su afección es terminal, se encuentra en su etapa final, o usted está en un estado vegetativo persistente
- Se han considerado y se ha cumplido detenidamente con todas las demás limitaciones o condiciones orales o escritas

¿Qué es una designación de apoderado para la toma de decisiones sobre cuidado de la salud?

Se trata de un documento firmado y fechado ante testigos en el que se nombra a otra persona, como el esposo, la esposa, la hija, el hijo o un amigo cercano, como su agente para tomar decisiones médicas por usted, si usted fuese incapaz de tomarlas por sí mismo. Usted puede incluir instrucciones sobre cualquier tratamiento que quiera o desee evitar. Las leyes de Florida ofrecen un formulario sugerido para una designación de apoderado para la toma de decisiones sobre cuidado de la salud. Usted puede utilizar este o algún otro formulario. Tal vez desee nombrar a una segunda persona, en caso de que su primera opción no esté disponible.

Antes de que su apoderado para la toma de decisiones sobre cuidado de la salud pueda tomar decisiones para que no se le realicen procedimientos para prolongar la vida, debe tener pleno conocimiento de que no existen probabilidades médicas de que usted se recupere, su afección está en su etapa final, usted está en estado vegetativo persistente y su afección es terminal.

Si su apoderado para la toma de decisiones sobre cuidado de la salud considera que se cumplen las condiciones antes mencionadas, su médico y al menos un médico más lo examinarán a usted por separado. Los resultados del examen se documentarán en su expediente médico y serán firmados por cada uno de los médicos antes de que el apoderado para la toma de decisiones sobre cuidado de la salud tome la decisión de que no se le realicen procedimientos para prolongar la vida. En ninguna circunstancia sus deseos o las decisiones de su apoderado para la toma de decisiones sobre cuidado de la salud de que no se le realicen procedimientos para prolongar la vida se considerarán un suicidio.

¿Cuál es mejor?

Puede que desee tener tanto un testamento en vida como un apoderado para la toma de decisiones sobre cuidado de la salud, o combinar ambos en un solo documento que describa sus preferencias de tratamiento en diversas situaciones y donde nombre a alguien que tome las decisiones por usted en caso de que ya no pueda hacerlo por sí mismo.

¿Tengo que redactar una instrucción anticipada en virtud de la ley de Florida?

No, no hay ningún requisito legal de completar una instrucción anticipada. No obstante, si no designa un apoderado para la toma de decisiones sobre cuidado de la salud, estas decisiones podrían ser tomadas por un tutor designado por la corte, su cónyuge, un hijo adulto, el padre o la madre, un hermano adulto, y un pariente adulto o un amigo cercano, en ese orden. A esta persona se la podría denominar apoderado.

Las leyes de Florida especifican que, si usted tiene 18 años o más, tiene derecho a aceptar o rechazar tratamientos médicos o quirúrgicos. También tiene derecho a crear una instrucción anticipada, aunque no es necesario. Humana Long-Term Care respeta la implementación de estos derechos. Su instrucción anticipada se incluirá como parte de su expediente médico. Su decisión de no establecer instrucciones anticipadas no influirá en la prestación de servicios o cuidado de Humana Long-Term Care. Además, tenga en cuenta que tiene derecho a elegir un nuevo proveedor de cuidado de la salud en situaciones en las que un proveedor de cuidado de la salud no pueda respetar los deseos de las instrucciones anticipadas de sus pacientes a causa de objeciones de conciencia.

¿Puedo cambiar de opinión después de escribir un testamento en vida o designar a un apoderado para la toma de decisiones sobre cuidado de la salud?

Sí, usted puede cambiar o cancelar estos documentos en cualquier momento. Cualquier cambio debe hacerse por escrito, estar firmado y fechado. Usted también puede cambiar una instrucción anticipada mediante una declaración oral.

¿Qué sucede si completé una instrucción anticipada en otro estado y necesito tratamiento en un centro de cuidado de la salud de Florida?

Una instrucción anticipada completada en otro estado, en cumplimiento de otras leyes estatales, se puede ejecutar en Florida.

¿Qué debo hacer con mi instrucción anticipada si decido tener una?

Asegúrese de que alguien, como su médico, su abogado o un miembro de su familia sepan que usted tiene una instrucción anticipada y dónde la guarda. Considere lo siguiente:

- Si ha designado a un apoderado para la toma de decisiones sobre cuidado de la salud, entregue una copia del formulario de designación escrita o el original a dicha persona.
- Entregue una copia de su instrucción anticipada a su médico para su expediente médico.
- Mantenga una copia de su instrucción anticipada en un lugar donde se le pueda encontrar fácilmente.
- Guarde una tarjeta o nota en su bolso o billetera, que indique que tiene una instrucción anticipada y dónde la tiene.
- Si cambia su instrucción anticipada, asegúrese de que su médico, su abogado o familiar tengan la copia más reciente.

¿Dónde puede obtener más información?

Si desea más información sobre la creación de una instrucción anticipada, puede contactar con su Coordinador de cuidado de la salud.

Si desea presentar una queja en relación con el incumplimiento de los requisitos de instrucciones anticipadas por parte de Humana Medical Plan, Inc., puede hacerlo por escrito ante la Agencia para la administración del cuidado de la salud (la Agencia) a:

Florida Agency for Health Care Administration
2727 Mahan Drive
Tallahassee, Florida 32308

También puede presentar una queja en relación con el incumplimiento de los requisitos de una instrucción anticipada llamando a la Línea directa para quejas del estado a:

Número de teléfono de la Línea directa para el consumidor: 1-888-419-3456

Elegibilidad e inscripción

Elegibilidad

Para ser elegible para el programa de cuidado de la salud prologada de Medicaid usted debe:

- Ser mayor de 18 años
- Reunir los requisitos considerados por CARES y
- Ser elegible para Medicaid o tener la aprobación para Medicaid pendiente

El Departamento de Servicios para Niños y Familias o la Administración del Seguro Social deciden si usted es elegible para Medicaid.

Inscripción

La inscripción en el plan Long-Term Care de cuidado de la salud a largo plazo coordinado de Medicaid de Humana se basa en normas de elegibilidad establecidas por el Departamento de Asuntos para la Tercera Edad (DOEA, por sus siglas en inglés), la unidad de CARES y el Departamento de Servicios para Niños y Familias (DCF, por sus siglas en inglés) de Florida.

Si usted debe inscribirse obligatoriamente en un plan, una vez que esté inscrito en Humana Long-Term Care o que el estado lo inscriba en un plan, tendrá 120 días a partir de la fecha inicial de inscripción para probar el Plan de cuidado de la salud coordinado. Durante los primeros 120 días, puede cambiar de planes de cuidado coordinado por cualquier motivo.

Después de los 120 días, si aún sigue reuniendo los requisitos para Medicaid, se le puede inscribir en el plan por un período que comprende los siguientes ocho meses. Esto se denomina “inmovilidad”.

Consulte los derechos y responsabilidades de los afiliados en las páginas 53 y 54.

Inscripción abierta

Si usted se inscribió obligatoriamente, el estado le enviará una carta 60 días antes de que termine el año de inscripción para comunicarle que puede cambiar de plan si lo desea. Esto se denomina "inscripción abierta". No está obligado a cambiar de Planes de cuidado coordinado. Si opta por cambiar de plan durante la inscripción abierta, empezará a tener el nuevo plan al final del año de inscripción en curso. Ya sea que elija un plan nuevo o conserve el mismo plan, estará inmovilizado en ese plan durante los 12 meses siguientes. Todos los años puede cambiar de Plan de cuidado de la salud coordinado durante el período de inscripción abierta de 60 días, sin justificación.

Población obligada

Usted debe ingresar al plan de cuidado coordinado si:

- Es elegible para el programa de cuidado de la salud prolongada de Medicaid
- Es mayor de 18 años
- CARES determina que corre el riesgo de ser trasladado a un hogar de ancianos, y
- Se encuentra en alguno de estos programas o grupos:

1. Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés)
2. SSI (personas mayores, discapacitados y ciegos)
3. Cuidado en una institución
4. Hospicio
5. Exención para personas mayores o discapacitadas
6. Lesión traumática cerebral y de la médula espinal (TBI/SCI, por sus siglas en inglés)
7. Personas que llegan a superar el requisito de edad para Servicios Médicos para Niños y cumplen con estas normas para la exención para personas mayores o discapacitadas:
   a. Recibieron cuidado de los Servicios Médicos para Niños antes de cumplir los 21 años
   b. Tienen de 21 años en adelante
   c. No tienen problemas cognitivos
   d. Situación médica compleja y
   e. Son dependientes tecnológicos
8. Exención para residencia asistida
9. Project AIDS Care (PAC)
10. Fibrosis quística del adulto (ACF, por sus siglas en inglés)
11. Exención para la reorientación para un hogar de ancianos
12. Exención para canalización
13. Familias y niños de bajos ingresos
14. MEDS (SOBRA) para niños nacidos después del 9/30/83 (de 18 a 20 años)
15. MEDS AD (SOBRA) para personas mayores y discapacitadas
16. Medicaid para personas protegidas (para personas mayores y discapacitadas)
17. Doble elegibilidad y beneficios totales (Medicare y Medicaid)
18. Personas inscritas en un programa para personas débiles o de la tercera edad parte de United Healthcare HMO y que esperan obtener Medicaid para recibir exenciones para servicios comunitarios y domiciliarios (HCBS, por sus siglas en inglés) de Asistencia médica administrada de Cuidado a largo plazo

Población voluntaria

Usted puede (sin obligación alguna) afiliarse a un plan de cuidado coordinado si:

- Es elegible para el programa de cuidado de la salud prolongada de Medicaid
- Es mayor de 18 años
- CARES determina que corre el riesgo de ser trasladado a un hogar de ancianos, y
- Se encuentra en alguno de estos programas o grupos:

1. Afiliados a planes del Programa de cuidado integral para personas de la tercera edad (PACE, por sus siglas en inglés)
2. Exención para disautonomía familiar
3. Exención para modelos (entre 18 y 20 años)
4. Exención para las discapacidades en el desarrollo (Presupuesto)
5. Medicaid para personas mayores y discapacitadas (MEDS AD) - Sexta Ley Ómnibus de Reconciliación Presupuestaria (SOBRA, por sus siglas en inglés) para adultos mayores y discapacitados, inscritos en la exención para discapacidades en el desarrollo (DD, por sus siglas en inglés)
6. Destinatarios con otra cobertura válida excepto Medicare.

Proceso de restitución

Si ya no es elegible para el Programa de cuidado a largo plazo de Medicaid, deberá dejar el programa. Si vuelve a ser elegible dentro de un plazo breve, puede volver a ingresar al programa.

Le enviaremos una carta. En la carta le informaremos que vuelve a estar afiliado. También le informaremos cuándo vuelve a entrar en vigencia esta restitución. Contacte con nosotros si necesita una nueva tarjeta de identificación de afiliado, el manual para los afiliados o el directorio de proveedores.

Desafiliación

La desafiliación ocurre cuando usted deja el Plan de cuidado de la salud coordinado. Usted puede desafiliarse de Humana Long-Term Care en cualquier momento con una justificación o durante períodos definidos sin justificación. La definición de justificación y los períodos definidos para desafiliarse sin justificación se indican a continuación. Consulte los derechos y responsabilidades de los afiliados en las páginas 53 y 54.

Desafiliación justificada

Si usted se inscribió obligatoriamente y quiere cambiar de plan después de que finaliza el período inicial de 120 días o el período de inscripción abierta, debe tener una causa justificada aprobada por el estado para cambiar de plan. Las siguientes son causas justificadas aprobadas por el estado para cambiar de Plan de cuidado de la salud coordinado:

1. El afiliado no vive en una región donde el Plan de cuidado de la salud coordinado puede brindar servicios, según se detalla en el Sistema de Información de la Administración de Medicaid en Florida (FMMIS, por sus siglas en inglés).
2. El proveedor deja de estar en el Plan de cuidado de la salud coordinado.
3. El afiliado está excluido de la inscripción.
4. Se ha producido una infracción comercial documentada.
5. Se impide al afiliado participar en el desarrollo de su plan de tratamiento o plan de cuidado.
6. El afiliado tiene una relación activa con un proveedor que no se encuentra en el panel del Plan de cuidado de la salud coordinado, pero sí figura en el panel de otro Plan de cuidado de la salud coordinado. “Relación activa” se define como haber recibido servicios del proveedor dentro de los seis meses previos a la solicitud de desafiliación.
7. El afiliado se encuentra en el Plan de cuidado de la salud coordinado incorrecto según lo determina la Agencia.
8. El Plan de cuidado de la salud coordinado ya no participa en la región.
9. El estado le ha impuesto sanciones intermedias al Plan de cuidado de la salud coordinado, según lo especificado en 42 CFR 438.702(a)(3).
10. El afiliado necesita que se realicen servicios relacionados en forma concurrente, pero no todos los servicios relacionados están disponibles dentro de la red del plan de cuidado de la salud coordinado, o el PCP del afiliado ha determinado que recibir los servicios en forma separada sometería al afiliado a riesgos innecesarios.
11. El Plan de cuidado de la salud coordinado no cubre, debido a objeciones morales o religiosas, el servicio que el afiliado necesita.
12. El afiliado no hizo uso de la inscripción abierta debido a una pérdida temporal de la elegibilidad.

13. Otros motivos contemplados por 42 CFR 438.56(d)(2) y s. 409.969(2), F.S., que incluyen, entre otros, mala calidad del cuidado; falta de acceso a los servicios cubiertos en virtud del Contrato; cambios desmedidos o inapropiados de los médicos de cuidado primario; dificultades de acceso a los servicios debido a cambios significativos en la ubicación geográfica de los servicios; demora o denegación inadmisible de un servicio, falta de acceso a proveedores con experiencia en el manejo de las necesidades de cuidado de la salud del afiliado; o inscripción fraudulenta.

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

Los afiliados voluntarios pueden desafiliarse del Plan de cuidado de la salud coordinado en cualquier momento. Algunos beneficiarios de Medicaid pueden cambiar de planes de cuidado coordinado cuando lo decidan, por cualquier motivo. Para averiguar si puede cambiar de plan, llame al agente de inscripción al 1-877-711-3662. El afiliado debe ser desafiliado si no se reubica de un ALF o AFCH que no se ajusta a los requisitos de entorno de servicios comunitarios y basados en el hogar (HCB, por sus siglas en inglés).

Desafiliación sin justificación

Si debe afiliarse a un plan de cuidado coordinado y está sujeto a la inscripción abierta, puede solicitar que le permitan dejar el plan de cuidado coordinado sin justificación. Envíe su solicitud a la agencia o al agente de inscripción.

Puede desafiliarse de Humana Long-Term Care sin justificación en las siguientes situaciones:

1. Durante los 120 días posteriores a la inscripción inicial del afiliado o a la fecha en que la agencia o su agente envían el aviso de inscripción del afiliado, la fecha que sea posterior;
2. Al menos cada 12 meses;
3. Si la pérdida temporal de elegibilidad para Medicaid ha hecho que el afiliado pierda el período de inscripción abierta;
4. Cuando la agencia o su agente otorgan al afiliado el derecho de terminar su inscripción sin justificación (lo que se determina caso por caso); o
5. Durante los 30 días posteriores a la fecha en que el afiliado es referido para servicios de hospicio, para que pueda inscribirse en otro plan de cuidado coordinado a fin de acceder al proveedor de servicios de hospicio de elección del afiliado.
6. Sin justificación, para los afiliados que no están sujetos a la inscripción abierta, en cualquier momento.

Sus servicios

Servicios cubiertos por el programa de Humana Long-Term Care

El pago de los siguientes servicios está cubierto por el Plan Humana Long-Term Care cuando es necesario para su salud y bienestar. No hay costos compartidos para los afiliados.

Acompañante para adultos

Los acompañantes pueden realizar tareas como ayudar a preparar las comidas, lavar la ropa, ir con el afiliado a una cita o de compras y socializar con él. Esto incluye quehaceres domésticos livianos incidentales al cuidado y supervisión del afiliado. No incluye cuidados de enfermería prácticos ni asistencia con los baños.

Cuidado diurno de la salud para adultos

Este servicio brinda supervisión, contacto social y actividades en un centro. Si se encuentra en el centro en los horarios de las comidas, puede comer allí.

Servicio de cuidado de apoyo

Este servicio brinda cuidado las 24 horas, los siete días de la semana. Solo se puede obtener en hogares de cuidados familiares para adultos.

Residencia asistida

Entorno de vivienda con acceso a personal las 24 horas. Cuenta con servicios de comidas, cuidado personal y quehaceres domésticos a cargo del personal. El afiliado es responsable del alojamiento y la alimentación mensual y, si corresponde, la responsabilidad del paciente. El Departamento de Servicios para Niños y Familias determina la cantidad que debe pagar usted. Estos pagos se hacen directamente al centro médico y no a Humana Long-Term Care.

Centros de residencia asistida

Este servicio brinda un entorno con un ambiente de hogar.
Su objetivo es incluirlo en la comunidad todo lo que sea posible.

- La puerta de su habitación tiene cerradura
- Puede amoblar y decorar su habitación
- Puede optar por compartir su habitación o no
- Puede hablar en privado
- Puede controlar su programa de actividades diarias
- Puede controlar sus horarios de descanso
- Puede comer en cualquier momento
- Puede reunirse con amigos y familiares

Cuidado de un asistente

Cuidado práctico tanto de apoyo como para cuestiones relacionadas con la salud, específica para las necesidades de una persona con una discapacidad física pero estable desde el punto de vista médico. Los servicios de apoyo son aquellos que sustituyen la ausencia, la pérdida, la reducción o la disminución de una función física o cognitiva. Estos servicios son suministrados por auxiliares de enfermería o enfermeras registradas.

Manejo del comportamiento

Provee servicios para la salud del comportamiento para tratar problemas de salud mental, drogas o alcohol de los afiliados del plan de cuidado de la salud prolongada.

Capacitación de cuidadores

Servicios de capacitación y asesoramiento para las personas que brindan cuidado, apoyo, capacitación, compañía o supervisión a los afiliados sin recibir pago alguno.

Coordinación del cuidado de la salud y coordinación de casos

Este servicio le ayuda a usted y a su familia a obtener servicios y controla los servicios de su plan de cuidado.

Servicios de adaptación y accesibilidad en el hogar

Este servicio adapta su hogar para que sea más seguro y saludable para usted. Puede incluir la instalación de barras firmes y rampas. También puede incluir el ensanchado de puertas y cambios en el baño. No incluye mejoras en el hogar que no sean un beneficio para la salud.

Comidas entregadas a domicilio

Este servicio entrega comidas saludables en el hogar. Está destinado a afiliados con dificultades para hacer las compras y cocinar.

Servicios de personal doméstico

Este servicio brinda ayuda en el hogar. El personal puede ayudarle con las comidas, lavandería, limpieza, quehaceres domésticos y control de plagas.

Servicios de hospicio

Este servicio brinda cuidado aprobado por el médico en virtud de los beneficios de Medicare o Medicaid. Ofrece una variedad de servicios de cuidado a afiliados que se aproximan al final de la vida. También brinda ayuda a familiares.

Enfermería intermitente y especializada

Una enfermera profesional registrada o un auxiliar de enfermería brindan este cuidado. Es un servicio para afiliados que no necesitan cuidado de enfermería continuo. También es útil para afiliados cuyas necesidades se pueden predecir.

Equipo y suministros médicos

Este servicio provee equipo y suministros de salud que se detallan en su Plan de cuidado de la salud. Estos pueden incluir:

- Dispositivos, controles o aparatos que mejoran sus capacidades de realizar actividades de la vida cotidiana
- Dispositivos, controles o aparatos que mejoran sus capacidades de controlar o comunicarse con el entorno en el que vive
- Artículos necesarios para el mantenimiento de la vida o para tratar afecciones físicas, más los suministros necesarios para hacer que estos artículos funcionen bien
- Equipo duradero y no duradero y suministros necesarios para tratar sus limitaciones
- Suministros necesarios que no cubre el plan estatal, como pañales desechables para adultos

Administración de medicamentos

Este servicio le ayuda a tomar medicamentos en su hogar o en un centro. El programa incluye:

- Alcanzarle el medicamento
- Sacar la cantidad correcta de medicamento del recipiente
- Colocar el medicamento en su mano o en un recipiente
- Levantar un recipiente con medicamento para llevárselo a la boca
- Colocar el medicamento sobre su piel
- Llevar un registro de los momentos en los que obtiene ayuda para sus medicamentos

Control de medicamentos

Este servicio lleva a cabo una revisión de todos los medicamentos que utiliza, según lo detallado por su médico. Esta revisión está a cargo de una enfermera titulada. El objetivo de la revisión es asegurarse de que:

- Los medicamentos que tome sean los adecuados para su problema de salud
- Las dosis que tome sean las correctas
- El tratamiento sea seguro para usted
- Se le realicen las pruebas de laboratorio y el seguimiento que necesita

Evaluación nutricional y reducción de riesgos

Este servicio examina su forma de cuidarse y su dieta. También le brinda asesoramiento a usted y a sus cuidadores.

Servicios de centros de enfermería

Este servicio brinda la ayuda necesaria y cuidado de enfermería las 24 horas, los siete días de la semana. El afiliado será responsable del cargo mensual del paciente. Estos pagos se hacen directamente al centro médico y no a Humana Long-Term Care. El Departamento de Servicios para Niños y Familias determina la cantidad que debe pagar el afiliado.

Suplementos nutricionales

En los adultos con fibrosis quística, este beneficio le permite comprar suplementos nutricionales aprobados. Para obtener una lista de los medicamentos aprobados incluidos en su plan, hable con su coordinador de cuidado de la salud.

Terapia ocupacional

Este servicio le ayuda a mejorar o mantener las aptitudes necesarias para trabajar y desempeñarse en las actividades de la vida cotidiana.

Cuidado personal

Este servicio le ayuda con las tareas de la vida cotidiana. Se trata de asistentes que le ayudan a bañarse, vestirse y comer. También limpian su hogar.

Medicamentos recetados

En los adultos con fibrosis quística, este beneficio le permite recibir medicamentos recetados aprobados. Para obtener una lista de los medicamentos aprobados incluidos en su plan, hable con su coordinador de cuidado de la salud.

Sistema de respuesta para casos personales de emergencia (PERS)

Este servicio le permite pedir ayuda ante una emergencia con solo presionar un botón. Es un servicio para afiliados que viven solos. También es para afiliados que están solos durante partes del día y que necesitarían demasiada supervisión si no tuvieran un PERS.

Terapia física

Este servicio brinda el tratamiento indicado por un médico. Le ayuda a mejorar o mantener la capacidad de caminar, pararse, moverse de un asiento a otro y usar un andador.

Cuidado de relevo

Este servicio permite a sus cuidadores tomarse un descanso. Puede utilizar este servicio en su hogar, en un centro de residencia asistida o en un hogar de ancianos.

Terapia respiratoria

Este servicio evalúa y trata problemas en los pulmones y en el corazón.

Terapia del habla

Este servicio evalúa y trata problemas bucales. Entre ellos problemas para tragar y hablar.

Transporte

Este servicio le ayuda a trasladarse de un lugar a otro en casos que no son críticos. Puede usarlo para sus traslados hacia y desde los servicios que hemos aprobado.

Servicios dentales

Este beneficio cubre (1) un set de reemplazo de dentadura postiza de por vida.

En los adultos con fibrosis quística, hay un beneficio adicional de (1) una limpieza por año.

Servicios para la vista

Este beneficio cubre (1) un juego de armaduras y lentes por año. Es para afiliados que necesitan anteojos para prevenir dolores de cabeza, espasmos, molestias u otro problema de salud. Primero debe usar el beneficio de Medicaid de un par de lentes cada 365 días y un juego de monturas cada dos años.

Prueba auditiva

Este beneficio cubre una prueba auditiva por año.

Reserva de camas en centros de residencia asistida y hogares de cuidados familiares para adultos

Con este beneficio, Humana Long-Term Care les pagará a los centros de residencia asistida (ALF, por sus siglas en inglés) o al hogar de cuidados familiares para adultos (AFCH, por sus siglas en inglés) para que le reserven su cama durante un máximo de 21 días cada vez que se ausenta.

- Debe tener planes de regresar al ALF/AFCH
- Debe pagar su alojamiento y alimentación y la parte de los pagos que le corresponde durante su ausencia
- Debe vivir en el ALF/AFCH durante al menos 30 días entre una ausencia y otra
- El ALF/AFCH debe informarle a Humana Long-Term Care que usted se ha ausentado dentro de un plazo de 24 horas

Apoyo para la transición fuera de un centro de enfermería

Este beneficio ayuda a pagar depósitos de seguridad y para servicios públicos, suministros para el hogar y costos de mudanza. Humana Long-Term Care le dará hasta $2,500 de por vida para ayudarle a mudarse desde un centro de enfermería. Este beneficio es para afiliados que:

- Dejan un centro de enfermería para volver a su propio hogar
- Se hacen cargo de sus propios costos de vida

Beneficio de medicamentos de venta sin receta recetados

Este beneficio le permite gastar hasta $15 por mes para la compra de medicamentos sin receta aprobados. Para obtener una lista de medicamentos aprobados incluidos en su plan de medicamentos recetados de Medicare, hable con su Coordinador de cuidado de la salud. Su plan de cuidado para afecciones agudas de Medicare o Medicaid cubre sus medicamentos recetados. Humana Long-Term Care no cubre medicamentos recetados no incluidos en su plan de medicamentos recetados de Medicare.



Servicio de teléfono celular/teléfono inteligente

Este beneficio es para los afiliados participantes de Humana Medicaid y es válido para un teléfono celular o teléfono inteligente por grupo familiar. Los afiliados menores de 18 años necesitarán que los padres o el tutor los inscriba. Este beneficio cubre:

- 1 teléfono celular/teléfono inteligente
- 1 cargador
- 1 set de instrucciones
- Los teléfonos celulares 2G tienen 750 minutos de voz por mes
- Los teléfonos celulares 3G tienen 500 minutos de voz por mes y hasta 1GB de datos por mes
- Los teléfonos inteligentes tienen 350 minutos de voz por mes y hasta 1GB de datos por mes
- Mensajes de texto ilimitados por mes
- Capacitación para usted y su cuidador en la primera visita de orientación con su administrador de casos
- Las llamadas a Atención al cliente de Humana por asistencia del plan de salud y al 911 por emergencias son gratis aun si se le terminan los minutos
- Los afiliados deben realizar al menos una llamada telefónica o enviar un mensaje de texto por mes para conservar el beneficio.



Transporte sin carácter de emergencia

Este beneficio cubre un viaje de ida y vuelta por mes. Los viajes deben ser dentro de su área local. Este beneficio es para afiliados que viven en un hogar o un entorno comunitario.



Pastillero

Este beneficio le brinda un pastillero para siete días cuando se inscribe en el plan. Este beneficio es para afiliados que:

- Viven en un entorno comunitario
- Toman más de cinco medicamentos



Información y apoyo para cuidadores

Este beneficio cubre un kit de herramientas para cuidadores. Es para afiliados que:

- Viven en un hogar o un entorno comunitario
- Tienen un cuidador que desempeña un rol activo en su cuidado



Suministro de comidas en casos de emergencia

Este beneficio cubre 10 comidas no perecederas antes de un huracán u otro desastre. Es para afiliados que corren un riesgo importante de no obtener alimentos suficientes.



Organizador de documentos

Este beneficio cubre una carpeta para guardar documentos importantes del plan de salud.

Quejas, quejas formales y apelaciones

Quejas

Si tiene quejas sobre los beneficios, los servicios o el cuidado que recibe con nuestro plan, hable con su Coordinador de cuidado de la salud. Su Coordinador de cuidado de la salud tratará de responder sus preguntas y resolver sus quejas. Puede llamar a la línea de ayuda de Servicios para afiliados 1-888-998-7732 las 24 horas del día, los siete días de la semana. Humana Long-Term Care resolverá las quejas para el final del día calendario posterior a la recepción. Si una queja no se resuelve dentro del plazo de un día laboral a partir de la recepción, Humana Long-Term Care ingresará la queja como una queja formal.

Quejas formales

Las quejas formales son problemas o reclamaciones que no son una apelación por la denegación, limitación, reducción, suspensión o finalización de un servicio. Pueden ser presentadas por el afiliado, un representante o un proveedor en nombre de un afiliado.

Su queja formal se debe presentar en forma oral o por escrito, ya sea a través de una carta o un formulario de queja formal completado, ante el coordinador de quejas formales en cualquier momento. Si presenta una queja formal, recibirá una carta de acuse de recibo dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la recepción de su queja formal.

Humana Long-Term Care considera que el afiliado, el representante autorizado del afiliado o el proveedor que actúa en nombre del afiliado son partes en la queja formal. Recomendamos a los afiliados que utilicen el proceso de queja informal primero en un intento por resolver el asunto directamente con el Coordinador de cuidado de la salud. Si su inquietud o queja no se resolvió satisfactoriamente para usted con su Coordinador de cuidado de la salud, usted o su representante pueden presentar una queja formal ante el Departamento de apelaciones y quejas formales de Humana Long-Term Care ubicado en:

Humana Long-Term Care Plan
Attn: Grievance and Appeal Department
PO Box 14546
Lexington, KY 40512-4546

Si usted, su representante autorizado o el proveedor que actúa en su nombre desean escribirnos una carta contándonos sobre sus inquietudes, incluya su nombre, dirección, número de identificación de afiliado, la fecha y su firma.

Si prefiere usar un formulario de queja formal, puede llamar a Humana Long Term Care al 1-888-998-7732 para solicitarlo. El horario de oficina es de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este, de lunes a viernes. El formulario se le enviará por correo dentro de los tres (3) días hábiles. Deberá completar este formulario de queja formal y enviarlo nuevamente por correo al Departamento de Quejas y Apelaciones a la dirección indicada anteriormente.

Al recibir su queja formal en forma oral o el formulario de queja formal completado, el Departamento de apelaciones y quejas formales investigará sus inquietudes y responderá por correo dentro del plazo de 90 días calendario. Puede solicitar una extensión de 14 días si es necesario. También podemos solicitar una extensión si se necesita información adicional y la demora es para favorecerlo.

Para solicitar una descripción completa de los procedimientos de queja formal del Plan Humana Long-Term Care, puede llamar al número de nuestro Servicio al Cliente **1-888-998-7732**.

Quejas relacionadas con negligencia, abuso o explotación

Si su queja o queja formal se relaciona con negligencia, abuso o explotación, llame a:

La Línea directa contra abusos para todo el estado al 1-800-96ABUSE o 1-800-962-2873. El sitio web es www.reportabuse.dcf.state.fl.us

O

Si su queja se relaciona con negligencia, abuso o explotación en relación con un centro o su personal, escriba o llame a:

Mediador de cuidado a largo plazo del estado (State Long-Term Care Ombudsman)
Department of Elder Affairs
4040 Esplanade Way, Suite 280
Tallahassee, FL 32399-7000
Laboral: 850-414-2323
Fax: 850-414-2377
Línea gratuita: 1-888-831-0404
Sitio web: www.ombudsman.myflorida.com

Noroeste de Florida - 01
Michael Phillips, Coordinador del Mediador de Distrito
1101 Gulf Breeze Parkway
Building 3, Suite 5
Gulf Breeze, FL 32561
Laboral: 850-916-6720
Fax: 850-916-6722
Área de servicio: Escambia, Santa Rosa, Okaloosa, Walton – PSA 1

Panhandle - 02
Janice Harvey, Coordinadora del Mediador de Distrito
4040 Esplanade Way, Suite 380
Tallahassee, FL 32399-0700
Laboral: 850-921-4703
Fax: 850-921-4804
Área de servicio: Holmes, Jackson, Washington, Bay, Calhoun, Gadsden, Liberty, Gulf, Franklin, Leon, Madison, Taylor, Jefferson, y Wakulla – PSA 2

Centro norte de Florida - 03
Ryan Miller, Coordinador de Procuraduría Regional
Alachua Regional Service Center
14107 NW Highway 441
Alachua, FL 32615
Laboral: 386-418-2106
Fax: 386-418-2124
Área de servicio: Hamilton, Suwannee, Columbia, Lafayette, Dixie, Levy, Union, Putnam, Alachua, Bradford, y Gilchrist – PSA 3

Área de Withlacoochee - 04
Helen Anderson, Coordinadora del Mediador de Distrito
1515 E Silver Springs Blvd., #203
Ocala, FL 34470
Laboral: 352-620-3088
Fax: 352-732-1797
Área de servicio: Marion, Citrus, Hernando, Sumter, y Lake – PSA 3

First Coast - 05
Michael Milliken, Coordinador del Mediador de Distrito
Midtown Center Office Center Park, #3300
4161 Carmichael Avenue, Suite 141
Jacksonville, FL 32207
Laboral: 904-391-3942
Área de servicio: Nassau, Baker, Duval, Clay y St. Johns – PSA 4

Centro y sur de Pinellas - 06
Annette Perry, Coordinadora del Mediador de Distrito
11351 Ulmerton Road, Suite 303
Largo, FL 33778
Laboral: 727-588-6912
Fax: 727-588-3648
Área de servicio: centro y sur de Pinellas (Belleair Rd. en Clearwater + sur) - PSA 5

Pasco y norte de Pinellas - 07
Lynn Penley, Coordinadora del Mediador de Distrito
2523 Seven Springs Blvd
New Port Richey, FL 34655
Área de servicio: Pasco y norte de Pinellas (norte de Belleair Rd. en Clearwater) - PSA 5

Centro oeste de Florida - 08
Robin Baker, Coordinador del Mediador de Distrito
701 W Fletcher Avenue, Suite C
Tampa, FL 33612
Laboral: 813-558-5591
Fax: 813-375-3932
Área de servicio: Hillsborough y Manatee – PSA 6

Centro este de Florida - 09
Lowie Brannan, Coordinadora del Mediador de Distrito
400 West Robinson St., 501N
Orlando, FL 32801
Laboral: 407-245-0651
Fax: 407-245-0653
Área de servicio: Orange, Seminole, Brevard y Osceola - PSA 7

Suroeste de Florida - 10
Barbara Pohl, Coordinadora del Mediador de Distrito
2295 Victoria Ave. Room 152
Ft. Myers, FL 33901
Laboral: 239-338-2563
Fax: 239-338-2549
Área de servicio: Sarasota, Desoto, Charlotte, Glades, Lee, Hendry y Collier - PSA 8

Condado de Palm Beach - 11
Jo-Ann Quiles, Coordinadora del Mediador de Distrito
111 S. Sapodilla Avenue #125A-B-C
West Palm Beach, FL 33401
Laboral: 561-837-5038
Fax: 561-650-6885
Área de servicio: Condado de Palm Beach - PSA 9

Condado de Broward - 12
DeLois Williams, Coordinadora del Mediador de Distrito
8333 W. McNabb Road
Tamarac, FL 33321
Laboral: 954-747-7919
Fax: 954-747-7920
Área de servicio: Broward – PSA 10

North Dade - 13
Ramon Keppis, Coordinador del Mediador de Distrito
7270 NW 12th Street, Suite 520
Miami, FL 33126
Laboral: 786-336-1418
Fax: 786-336-1424
Área de servicio: N. Miami-Dade – PSA 11
(Norte de Flagler St., toda la ciudad de Hialeah y direcciones al NE y NO)

South Dade y Cayos de la Florida - 14
Alicia Salinas, Coordinadora del Mediador de Distrito
7300 N. Kendall Drive, Suite 780
Miami, FL 33156
Laboral: 305-671-7245
Fax: 305-671-7247
Área de servicio: Monroe y S. Miami-Dade – PSA 11
(Sur de Flagler St., todas las direcciones al SE y SO)

Sur de First Coast -15
Lisa Dale, Coordinadora del Mediador de Distrito
210 N Palmetto, Suite 403
Daytona Beach, FL 32114
Laboral: 386-226-7846
Fax: 386-226-7849
Área de servicio: Brevard, Volusia y Flagler – PSA 4

Treasure Coast – 16
Kevin McKeown, Coordinador del Mediador de Distrito
1903 S 25th Street, Suite 100
Ft. Pierce, FL 34947
Laboral: 772-595-1385
Fax: 772-467-3051 Área de servicio: Martin, St. Lucie, Indian River, y Okeechobee – PSA 9

Centro sur de Florida – 17
Terresa Lindstamer, Coordinadora del Mediador de Distrito
200 N Kentucky Avenue, #224
Lakeland, FL 33801
Laboral: 863-413-2764
Fax: 863-413-2766
Área de servicio: Polk, Highland, y Hardee – PSA 6

Apelaciones

Las apelaciones se presentan en respuesta a una decisión de LTC de:

- Denegar o limitar un servicio solicitado, o
- Reducir, suspender o finalizar un servicio previamente autorizado.

Las apelaciones formales se deben presentar dentro del plazo de 60 días calendario a partir del aviso escrito de la decisión de LTC que afecta a los servicios. Las apelaciones se pueden presentar en forma oral o escrita. Las apelaciones en forma oral deben estar seguidas de una copia escrita firmada dentro del plazo de 10 días calendario. Si presenta una apelación, recibirá una carta de acuse de recibo dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la recepción de su apelación.

Humana Long-Term Care considera que el afiliado, el representante del afiliado o el proveedor que actúa en nombre del afiliado son partes en una apelación. Recomendamos a los afiliados que utilicen el proceso de queja informal primero en un intento por resolver el asunto directamente con su Coordinador de cuidado de la salud o su supervisor. Si su inquietud o queja no se resolvió satisfactoriamente para usted con su Coordinador de cuidado de la salud, usted o su representante pueden presentar una apelación ante el Coordinador de apelaciones del Plan Humana Long-Term Care ubicado en:

Plan Humana Long-Term Care
Attn: Grievance and Appeal Department
PO Box 14546
Lexington, KY 40512-4546

Si usted, su representante o el proveedor en nombre del afiliado desean escribir una carta al Coordinador de apelaciones respecto de su inquietud, la carta debe incluir su nombre, dirección, número de identificación de afiliado, la fecha y su firma. Su Coordinador de cuidado de la salud o proveedor están disponibles para ayudarle con este proceso.

Si prefiere usar un formulario de apelación, puede llamar a Humana Long Term Care al 1-888-998-7732 para solicitarlo. El horario de oficina es de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este, de lunes a viernes. El formulario se le enviará por correo dentro de los tres (3) días hábiles. Deberá completar este formulario de apelación y enviarlo nuevamente por correo al Departamento de Quejas y Apelaciones a la dirección indicada anteriormente.

Al recibir su apelación por escrito, el Coordinador de apelaciones hará que se investigue su inquietud y le enviará una decisión por escrito dentro de los 30 días calendario. La(s) persona(s) que tomó/tomaron la decisión original no formará(n) parte del proceso de apelación.

Para solicitar una descripción completa de los Proceso de apelación del Plan Humana Long-Term Care, puede llamar al Servicio al Cliente al **1-888-998-7732.**

Apelaciones aceleradas

Usted puede solicitar una apelación acelerada si considera que su apelación es urgente. La persona o personas que tomaron la decisión original de reducir o denegar los servicios no tomarán parte en el proceso de determinación.

La decisión se tomará en un plazo de 72 horas (o antes, si es necesario) después de haber recibido su solicitud y se le notificará por teléfono. Se le enviará la determinación final por escrito.

Continuidad de los beneficios y servicios

Humana Long-Term Care seguirá ofreciendo los beneficios del afiliado si:

- La apelación se presenta de manera oportuna, es decir, el mismo día o antes de la última de las siguientes opciones:
  - Dentro de los 10 días hábiles de la fecha del aviso de determinación desfavorable del beneficio (o 15 días si la notificación se envió por el servicio de correo de EE. UU.)
  - La fecha de vigencia prevista de la acción propuesta por LTC
- La apelación implica la finalización, suspensión o reducción de un curso de tratamiento previamente autorizado.
- Los servicios fueron ordenados por un proveedor autorizado.
- El período de autorización no ha vencido.
- El afiliado solicita la extensión de los beneficios.

Información importante sobre las apelaciones

Usted tiene derecho a continuar recibiendo los servicios autorizados durante el proceso de apelación. No obstante, ante una resolución a favor de Humana Long-Term Care al finalizar el proceso de apelación, posiblemente usted deba pagar esos servicios prestados durante el proceso de apelación.

Si desea información general sobre los programas de Medicaid, recibir publicaciones, ver números para referidos o presentar quejas, contacte con la Línea directa para el consumidor de la Agencia para la administración del cuidado de la salud: 1-888-419-3456. También puede contactar con la Línea de ayuda gratuita de Medicaid de la Agencia para la administración del cuidado de la salud: 1-877-254-1055.

Programa de asistencia al suscriptor

Cuando recibe una carta con la decisión final después de su apelación ante Humana Long-Term Care, puede solicitar una revisión de esa decisión dentro del plazo de un (1) año a partir de la recepción de la carta. No puede solicitar la revisión de una apelación si ya ha pasado por una Audiencia Imparcial de Medicaid. Posiblemente deba pagar el costo de los beneficios si la decisión se ratifica. Si el plan de cuidado coordinado no tiene una organización de revisión externa independiente para su proceso de queja formal, el derecho de cuestionar una decisión adversa en una apelación al Programa de asistencia al suscriptor (SAP, por sus siglas en inglés), incluida la forma de iniciar una revisión y la siguiente.

a. Antes de apelar ante el SAP, el afiliado debe completar el proceso de apelación del plan de cuidado coordinado;
b. El afiliado debe presentar la apelación ante el SAP dentro del plazo de un (1) año a partir de la recepción de la carta con la decisión final del plan de cuidado coordinado;
c. El SAP no tendrá en cuenta la apelación del afiliado que ya ha pasado por una Audiencia Imparcial de Medicaid;
d. La dirección y el número de la línea gratuita para las apelaciones de afiliados ante el SAP son:

   Agency for Health Care Administration
   Subscriber Assistance Program
   Building 3, MS #45
   2727 Mahan Drive
   Tallahassee, Florida 32308
   Teléfono: 1-850-412-4502
   Línea gratuita: 1-888-419-3456

e. Que el afiliado posiblemente deba pagar el costo de estos beneficios si la Audiencia Imparcial de Medicaid ratifica la medida del plan de cuidado coordinado.

Audiencia Imparcial de Medicaid

Usted puede solicitar una Audiencia Imparcial de Medicaid después de completar nuestro proceso de apelación dentro del plazo de 120 días a partir del aviso de denegación, finalización, limitación, reducción o suspensión de los beneficios. Usted o su representante deben contactar con:

Agency for Health Care Administration
Medicaid Hearing Unit

P.O. Box 60127
Ft. Myers, FL 33906
(877) 254-1055 (número gratuito)
(239) 338-2642 (fax)

MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com

Su Coordinador de cuidado de la salud está disponible para ayudarle con este proceso si lo desea. Humana Long-Term Care no interrumpirá sus beneficios durante el proceso de audiencia imparcial si:

- La solicitud de audiencia imparcial se presenta de manera oportuna, es decir, el mismo día o antes de la última de las siguientes opciones:
  - Dentro de los 10 días hábiles de la fecha del aviso de determinación desfavorable del beneficio
  - La fecha de vigencia prevista de la acción propuesta por Humana Long-Term Care
- La audiencia imparcial/apelación implica la finalización, suspensión o reducción de un curso de tratamiento previamente autorizado.
- Los servicios fueron ordenados por un proveedor autorizado.
- El período de autorización no ha vencido.
- El afiliado solicita una extensión de los beneficios.

Las direcciones y los números de teléfono para las Audiencias Imparciales de Medicaid de las oficinas de las áreas de Medicaid locales se pueden encontrar en:

- www.myflfamilies.com/about-us/office-inspector-general/investigation-reports/appeal-hearings

Fraude, malgasto y abuso

Humana Long-Term Care se compromete a detectar y prevenir el fraude, malgasto y abuso. Necesitamos su ayuda.

Fraude significa mentir para obtener un beneficio que no estaba aprobado. Es el engaño o la declaración falsa intencional realizado por una persona a sabiendas de que el engaño resulta en algún beneficio no autorizado para sí mismo o para otra persona. Esto incluye cualquier acto que las leyes federales o estatales definen como fraude.

Malgasto significa usar de forma innecesaria servicios u otras prácticas con un costo superior al debido. En la mayoría de los casos, el malgasto no es intencional, pero aun así es un malgasto de recursos.

El abuso incluye:

1. Cuando un proveedor hace algo que no es una transacción comercial o práctica de salud ampliamente aceptada y que conlleva lo siguiente:
   - Costos innecesarios para Medicaid, o
   - El pago de mercancías o servicios que no son necesarios para su salud o que no cumplen con los estándares reconocidos profesionalmente para el cuidado de la salud.
2. Cuando un afiliado hace algo que ocasiona costos innecesarios para Medicaid.

Ejemplos de fraude, malgasto y abuso:

- Facturar servicios que no se brindaron
- Facturar dos veces o usar grupos de códigos
- Solicitar, ofrecer u obtener un soborno, una comisión indebida o una bonificación
- Robo de identidad
- Permitir que familiares o amigos usen su tarjeta de identificación de afiliado
- Facturar servicios o procedimientos más costosos de los que verdaderamente se prestaron
- Cobrar extra por servicios o suministros
- Cobrar artículos que no están cubiertos como si lo estuvieran

- Realizar pruebas a un afiliado para demostrar la necesidad de cuidado de la salud
- Sobrecodificar el nivel de servicio prestado o servicios disociados
- Pagar servicios que no son necesarios para su salud o que no cumplen con los estándares reconocidos profesionalmente para el cuidado de la salud
- Recetar un medicamento por 30 días con reabastecimiento de la receta médica cuando no se sabe con certeza si el medicamento va a ser necesario

Para informar un presunto fraude, abuso o sobrepago en Medicaid Florida:

- Para informar cualquier presunto fraude o abuso en perjuicio de Medicaid Florida, llame a la Línea directa para quejas del consumidor al número gratuito 1-888-419-3456 o complete un Formulario de queja de fraude y abuso contra Medicaid, que se encuentra disponible en línea en: https://apps.ahca.myflorida.com/InspectorGeneral/fraud_complaintform.aspx
- Si informa un presunto fraude y su informe resulta en una sanción, multa o confiscación de propiedad de un médico u otro proveedor de cuidado de la salud, es posible que reúna los requisitos para recibir una recompensa a través del Programa de Recompensas al Informante de Fraudes (Fraud Rewards Program) del Ministerio de Justicia (número gratuito 1-866-966-7226 o 850-414-3990). La recompensa puede ser de hasta un veinticinco por ciento (25%) de la cantidad recuperada o hasta $500,000 por caso (Capítulo 409.9203 de los Estatutos de Florida). Puede hablar con el despacho del Ministerio de Justicia para que se proteja y se mantenga la confidencialidad de su identidad.
- Línea directa para denuncias de fraude de Humana: **1-800-614-4126** (Puede llamar las 24 horas, los siete días de la semana. Puede optar por permanecer en el anonimato).

Su privacidad

Este aviso describe la forma en que se puede utilizar y divulgar la información médica sobre usted y la forma en que usted puede obtener acceso a esta información

Fecha de entrada en vigencia de este aviso

Este aviso entró en vigencia el 26 de abril de 2003. Si desea conocer la fecha de la última revisión, consulte la última página de esta sección.

Debemos proteger la privacidad de su información médica

Por ley, debemos proteger la privacidad de su información médica. Esta información se conoce como **información de salud protegida** o "PHI", por sus siglas en inglés. Necesitamos la información de salud protegida para proveerle cuidado de la salud y para cumplir con la ley.

La información de salud protegida incluye:

- Datos sobre su salud o problemas de salud en el pasado, el presente o el futuro
- El tipo de cuidado de la salud que usted recibe o el pago de estos servicios
- Cualquier documento de nuestros archivos que pueda usarse para identificarlo

Este aviso corresponde a todos los registros del cuidado de la salud y los servicios que nosotros le prestamos. Esto incluye los registros realizados por nuestros empleados o por su médico. Este aviso informa cómo podemos utilizar o compartir su información de salud protegida. Además, describe sus derechos. Nos reservamos el derecho de modificar este aviso y nuestras Políticas y procedimientos de privacidad en cualquier momento. Todos los cambios se aplicarán a la información de salud protegida que ya tengamos en nuestro poder. Si realizamos algún cambio importante, por ejemplo, a raíz de una ley estatal o federal que puede cambiar nuestro tiempo de respuesta requerido, modificaremos este aviso. Le brindaremos una copia del nuevo Aviso de privacidad y una carta donde le informaremos del cambio. Puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento. (Consulte arriba para obtener los datos de contacto.)

Cómo contactar con nosotros

Comuníquese con nosotros en cualquier momento:

561-665-4370

Envíenos un fax:

561-496-6351

Escríbanos a:

Humana Medical Plan, Inc.
777 Yamato Road, Suite 510
Boca Raton, FL 33431

Nuestras responsabilidades

Por ley, debemos:

- Asegurarnos de mantener la confidencialidad de la información de salud protegida que lo identifica
- Darle este aviso de nuestras prácticas de privacidad
- Revelar solamente información relacionada con el VIH, la salud mental y las enfermedades contagiosas, tal y como lo estipulan las leyes federales y estatales
- Respetar los términos de este aviso, siempre y cuando esté en vigencia
- Respetar los términos de las nuevas versiones de este aviso

Cómo podemos usar o revelar su información de salud protegida

A continuación, presentamos algunas maneras en que podemos usar o revelar su información de salud protegida. Tenga en cuenta que podemos revelar su información de salud protegida de varias maneras, como por ejemplo por correo, teléfono o correo electrónico.

A. Podemos usar o revelar su información de salud protegida para asegurarnos que usted obtenga los tratamientos y servicios que necesita. Estos pueden incluir medicamentos, terapia física, pruebas de laboratorio y suministros. Podemos revelar su información de salud protegida a nuestros proveedores y tiendas. También podemos usar su información de salud protegida para administrar el cuidado de su salud.

B. Podemos usar o revelar su información de salud protegida para cobrar los tratamientos y servicios. Por ejemplo, podemos revelar parte de su información de salud protegida al personal de reclamaciones y del plan de salud. También podemos revelar su información de salud protegida a personas externas que trabajan en nuestras reclamaciones.

C. Podemos usar o revelar su información de salud protegida para administrar nuestras oficinas. Por ejemplo, podemos usar su información de salud protegida para verificar qué tan bien está el cuidado de su salud. También podemos revelar su información de salud protegida a nuestros empleados para garantizar que cumplimos con las leyes que nos rigen.

D. Podemos revelar su información de salud protegida para administrar el tratamiento, el pago y el cuidado de la salud. Por ejemplo, podemos revelar su información de salud protegida a una empresa que contratamos para que facture a compañías de seguros en nuestro favor. Esto permitirá a esta empresa ayudarnos a cobrar.

E. Podemos revelar su información de salud protegida a personas que nos ayudan a cuidarle o pagan por su cuidado. Podemos revelar su información de salud protegida a amigos o familiares que tienen un rol directo en el cuidado de su salud. También podemos revelar su información de salud protegida a alguien que ayuda a pagar por su cuidado. Durante un desastre grave, podemos revelar su información de salud protegida a un grupo que preste ayuda humanitaria. De esa manera, su familia puede averiguar cómo se encuentra. Si brindamos cuidado a solicitud del patrono, podemos revelar su información de salud protegida a este. Si recibe cuidado en el trabajo, su patrono puede tener acceso a sus registros. Puede haber computadoras, almacenamiento o personal compartidos.

F. Podemos usar su información de salud protegida para recordarle sus citas. Puede cancelar este servicio si lo desea.

G. Podemos usar su información de salud protegida para informarle sobre las opciones de tratamiento. Puede cancelar este servicio si lo desea.

H. Podemos usar su información de salud protegida para informarle sobre los beneficios y servicios relacionados con la salud. Puede cancelar este servicio si lo desea.

I. Podemos revelar su información de salud protegida en relación con los programas de compensación laboral u otros similares. Estos programas le brindan beneficios si usted se lesiona o enferma debido a su trabajo.

J. Podemos usar o revelar su información de salud protegida debido a casos especiales.

* Nota: En New Mexico y Pennsylvania, es posible que necesitemos su consentimiento por escrito para usar o revelar su información de salud protegida de la manera que se indica en los puntos A-H.*

Según la ley así lo exija
Revelaremos su información de salud protegida cuando las leyes federales, estatales o locales así lo requieran. Algunas de estas leyes son la Ley de Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA, por sus siglas en inglés), de la Administración Federal de Medicamentos (FDA) y del Departamento de Transporte (DOT, por sus siglas en inglés).

Salud pública
Podemos revelar su información de salud protegida para apoyar la salud pública. Por ejemplo, podemos revelar su información de salud protegida para:

a. Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades
b. Registrar nacimientos y muertes
c. Denunciar el maltrato infantil o la negligencia
d. Informar los efectos secundarios de los medicamentos o los problemas con productos
e. Informarle acerca de productos que se retiran del mercado
f. Informarle que puede haber estado expuesto a una enfermedad o que corre el riesgo de contraer o propagar una enfermedad
g. Notificar a las autoridades gubernamentales correspondientes si creemos que usted ha sido víctima de maltrato, negligencia o violencia doméstica. En estos casos, revelaremos su información de salud protegida solamente si usted está de acuerdo o cuando la ley así lo requiere o lo permite.

Supervisión de la salud
Podemos revelar su información de salud protegida a agencias del gobierno. Estas pueden usar su información de salud protegida para llevar a cabo acciones de supervisión de la salud que la ley les permite. Por ejemplo, pueden realizar auditorías, investigar, inspeccionar u otorgar licencias.

Demandas y disputas
Si está involucrado en una demanda o disputa, el tribunal puede ordenarnos que revelemos su información de salud protegida. También podemos revelar su información de salud protegida en respuesta a una citación como testigo, una solicitud de exhibición de pruebas u otro proceso legal interpuesto por otra parte involucrada en la disputa.

Policía
Podemos revelar su información de salud protegida a la policía:

a. En respuesta a una orden judicial, citación como testigo, orden de arresto o citación judicial
b. Para identificar o encontrar a un sospechoso, fugitivo, testigo o persona desaparecida. (En este caso, solamente revelaremos los datos necesarios. Por ejemplo: nombre y dirección, fecha y lugar de nacimiento, número del seguro social, grupo sanguíneo, factor RH, lesiones, fecha y hora del tratamiento y detalles de un fallecimiento.)
c. Con respecto a la víctima de un delito si, en algunos casos, la persona no da su consentimiento
d. Con respecto a una muerte que, en nuestra opinión, haya sido causada por un delito
e. Con respecto a un delito que creemos que ocurrió en nuestras instalaciones
f. En una crisis, para informar datos sobre un delito

Médicos forenses, patólogos y directores funerarios
Podemos revelar su información de salud protegida a un médico forense o patólogo. Este podrá usar su información de salud protegida para identificar un cuerpo o determinar la causa de muerte. También podemos revelar su información de salud protegida a un director funerario para que lleve a cabo sus funciones.

Donación de órganos y tejidos
Podemos revelar su información de salud protegida a los grupos que entregan órganos, ojos o tejidos a un banco de órganos. De esa manera, estos pueden llegar a las personas que los necesitan.

Investigación
En algunos casos, podemos usar y revelar su información de salud protegida para colaborar con una investigación. Todos los proyectos de investigación deben seguir un proceso de aprobación especial. Durante el proceso, se evalúa el proyecto y la manera en que se usará la información de salud protegida. Luego, se comparan estas necesidades de investigación con la necesidad de privacidad de nuestros pacientes. Revelamos la información de salud protegida solamente cuando el proyecto ha sido aprobado mediante este proceso especial. Sin embargo, a veces las personas que preparan un proyecto de investigación desean analizar la información acerca de pacientes con ciertas necesidades en cuanto a cuidado de la salud. En este caso, el proceso de aprobación no es necesario. Podemos permitirles revisar la información de salud protegida, siempre y cuando la información de salud protegida no salga de nuestras instalaciones.

Para evitar una amenaza grave a la salud o seguridad
Podemos usar o revelar su información de salud protegida para evitar una amenaza grave a la salud o seguridad. Esto incluye su salud y seguridad o la salud y seguridad públicas o de otra persona. Únicamente revelaríamos su información de salud protegida a alguna persona que puede ayudar a evitar la amenaza.

Fuerzas armadas y personal militar extranjero
Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos revelar su información de salud protegida a sus comandantes.

Seguridad nacional
Podemos revelar su información de salud protegida a funcionarios federales. Estos pueden usar su información de salud protegida para llevar a cabo acciones de seguridad nacional que la ley les permite. Estas pueden incluir espionaje.

Servicios de protección
Podemos revelar su información de salud protegida a funcionarios federales. Estos pueden usar su información de salud protegida para proteger al Presidente y otros funcionarios, como jefes de estado extranjeros. También pueden usar su información de salud protegida para investigar.

Presos
Si usted está preso en una prisión o cárcel, o se encuentra bajo custodia policial, podemos revelar su información de salud protegida. Se puede usar su información de salud protegida para proveerle cuidado de la salud, proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de los demás, o para mantener la seguridad y protección de la institución.

Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA)
En algunos casos, podemos revelar su información de salud protegida a la FDA. Esta puede usarla para retirar del mercado, reemplazar o reparar alimentos, medicamentos u otros productos.

Podemos usar o revelar su información de salud protegida de otras maneras
Es posible que, en ocasiones, usemos o revelemos su información de salud protegida de una manera distinta o a otras personas como parte de alguna de las acciones descritas en las razones A-J. Estos usos incidentales son correctos, siempre y cuando se brinden garantías razonables para limitar tales usos.

Cuando usted ya no recibe servicios a través de nosotros

Cuando usted ya no recibe servicios a través de nosotros, aún podemos usar su información de salud protegida para los motivos que se describen en este aviso. Aunque solamente podemos hacerlo durante un período de tiempo específico. Cada estado tiene sus leyes acerca del plazo en que se nos permite mantener su información de salud protegida. Una vez transcurrido ese plazo, debemos destruir su información de salud protegida. Debemos seguir normas estrictas sobre la manera de destruirla.

Sus derechos sobre la información de salud protegida

Usted tiene derechos en relación con su información de salud protegida.

Usted tiene derecho a solicitarnos que limitemos la manera en que usamos y revelamos su información de salud protegida

Consideraremos su solicitud. Aunque la ley no requiere que la aprobemos. Si aprobamos su solicitud, pondremos por escrito cualquier límite y lo seguiremos, excepto en situaciones de crisis. Usted no puede limitar esos usos a los cuales estamos obligados legalmente o que se nos permite hacer.

Usted tiene derecho a elegir cómo le enviaremos la información de salud protegida

Puede solicitarnos que se la enviemos a una dirección específica, o por otro método, por ejemplo, por correo electrónico. Debemos aceptar su solicitud y debemos poder proporcionarla con facilidad en el formato que usted haya solicitado.

Usted tiene derecho a consultar y obtener copias de su información de salud protegida

En la mayoría de los casos, usted tiene derecho a consultar y obtener copias de su información de salud protegida. Debe presentar la solicitud por escrito. Es posible que se aplique un cargo por cada página. Si no tenemos su información de salud protegida, pero sabemos quién la tiene, nosotros le diremos cómo obtenerla. En algunos casos, es posible que rechacemos su solicitud. Si decimos rechazar su solicitud, se lo informaremos por escrito. También le explicaremos su derecho para que dicha denegación sea sometida a revisión. Puede solicitar un resumen o una explicación de su información de salud protegida. Pero debe aceptar pagar los costos adicionales por anticipado.

Usted tiene derecho a conocer la información de salud protegida que hemos revelado

Su solicitud debe especificar el plazo que desea que le informemos. No puede solicitar información de más de 6 años atrás. (Consulte la página 51 para obtener los datos de contacto.) Le informaremos la información que revelamos, cuándo lo hicimos y a quién se la revelamos. También le informaremos el motivo por el que revelamos dicha información. No le daremos la información utilizada para el tratamiento, el pago, la gestión del cuidado de la salud, usos con los que usted estuvo de acuerdo, o las ocasiones en las que revelamos su información de salud protegida a usted o su familia. No le informaremos acerca de los datos utilizados para la seguridad nacional, o por los empleados de una prisión o de la policía.

Usted tiene derecho a corregir o actualizar su información de salud protegida

Si usted considera que su información de salud protegida es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que la corrijamos. Debe informarnos el motivo por escrito. (Consulte la página 51 para obtener los datos de contacto.) Si decidimos modificar su información de salud protegida, le informaremos que la hemos cambiado. También informaremos a otras personas que deban saber acerca del cambio.

Si denegamos su solicitud, se lo informaremos por escrito. Podemos denegar su solicitud, cuando su información de salud protegida:

- Es correcta y completa
- No ha sido creada por nosotros
- No tiene permiso para ser divulgada
- No es parte de nuestros registros

Si denegamos su solicitud, le informaremos cómo presentar una declaración de protesta. Si no presenta esta declaración, usted puede solicitar que su solicitud y nuestra denegación se adjunten cada vez que revelemos su información de salud protegida en el futuro.

Usted tiene derecho a recibir este aviso

Puede obtener una copia de este aviso por correo postal o electrónico.

Usted tiene derecho a negarse a permitirnos usar o revelar su información de salud protegida por otros motivos

Este aviso informa cómo podemos usar o revelar su información de salud protegida. En todos los demás casos, necesitamos su consentimiento por escrito para usar o revelar su información de salud protegida. Por ejemplo, necesitamos su consentimiento para:

1. Revelar notas de psicoterapia que involucren su información de salud protegida (en la mayoría de los casos)
2. Usar su información de salud protegida con fines de comercialización
3. Vender su información de salud protegida

Si nos da su consentimiento, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Solo debe comunicárnoslo por escrito.

Usted tiene derecho a optar por no recibir mensajes nuestros

Esto incluye mensajes sobre:

a. Recordatorios de citas
b. Opciones de tratamiento
c. Beneficios y servicios relacionados con la salud

Cómo presentar una queja

Si cree que hemos perjudicado su derecho a la privacidad, usted puede presentar una queja. Haremos todo lo que esté a nuestro alcance para responder a la mayor brevedad. (Consulte la página 51 para obtener los datos de contacto.) También puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés). Simplemente pregunte, y le daremos la dirección de la OCR local. O envíe su queja por correo electrónico a OCRComplaint@hhs.gov. Respaldamos su derecho a proteger la privacidad de su información de salud protegida. No lo perjudicaremos de ninguna manera si presenta una queja ante nosotros o ante la OCR. Responderemos a todas las quejas y solicitudes relacionadas con la privacidad. Nuestro objetivo ha sido siempre proteger su información de salud protegida. Por lo tanto, le informaremos de cualquier caso en el que podamos usar o revelar su información de salud protegida por motivos distintos de los que se describen en este aviso.

Si existe un incumplimiento de la política de seguridad

Usted tiene derecho a saber si su información de salud protegida se usa o revela de manera incorrecta debido a un incumplimiento de la política de seguridad. Le informaremos de inmediato si esto sucede.

Fecha del último cambio de este Aviso de privacidad: octubre de 2016

Cómo solicitar una copia de su archivo de caso:

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

- Usted tiene derecho a ver y obtener una copia de todos los expedientes que conservamos sobre usted. Esto incluye todo lo que utilizamos para tomar decisiones sobre su salud. Incluye la inscripción y el pago. Y también los expedientes de reclamaciones y de gestión médica.
- No tiene derecho a recibir ciertos tipos de expedientes de salud. Podemos decidir no entregarle lo siguiente:
- Expedientes que tengan anotaciones psicoterapéuticas.
- Expedientes recopilados para uso en un caso judicial u otra acción legal.
- Expedientes sujetos a leyes federales sobre productos biológicos y laboratorios clínicos. En algunos casos, podríamos negarle la autorización para obtener una copia de su expediente. Será notificado por escrito. Usted tiene derecho a solicitar que se revise nuestra acción. *Tiene derecho a solicitarnos que hagamos cambios en un expediente médico incorrecto o incompleto.* Estos cambios se conocen como enmiendas. Debe solicitar el cambio por escrito. Y debe dar un motivo para el/los cambio(s). Nosotros le responderemos por escrito a más tardar 60 días después de recibir su carta.
- Si necesitamos más tiempo, podemos tomarnos hasta 30 días más. Le informaremos sobre cualquier demora y le diremos cuándo volveremos a comunicarnos con usted. Si realizamos los cambios, le informaremos al respecto. También le informaremos los cambios a otras partes que sepamos que tienen su expediente y a otras personas que usted nos indique.
- Si decidimos no realizar los cambios, le informaremos los motivos por escrito. Usted tiene derecho a enviarnos una carta manifestando su desacuerdo con nosotros. Y nosotros tenemos derecho a responder esa carta. Usted luego tiene derecho a pedirnos que su solicitud de cambio original, nuestra denegación y su segunda carta manifestando su desacuerdo con nosotros se coloquen en su expediente. Debe hacer esa solicitud por escrito.

Oficinas regionales de Medicaid para los Centros de Recursos para Discapacitados y Ancianos (ADRC, por sus siglas en inglés)

El Departamento de Asuntos para la Tercera Edad administra programas y servicios para adultos mayores en todo el estado de Florida a través de las 11 Agencias Regionales para el Envejecimiento, que operan como Centros de Recursos para Discapacitados y Ancianos (ADRC). Estos ADRC funcionan como un sistema único coordinado para que todos los residentes de Florida que buscan recursos de cuidado a largo plazo obtengan información y acceso a los servicios. Los ADRC proveen información y asistencia sobre beneficios estatales y federales, así como programas y servicios disponibles a nivel local. Más adelante encontrará información sobre cómo comunicarse con su ADRC local.

Al compartir un sistema de información y referidos común, los ADRC pueden asistir a los adultos mayores independientemente de donde vivan. Este sistema también ofrece acceso a una base de datos estatal de recursos de la comunidad locales, que está disponible en Internet o llamando a la **Línea de ayuda gratuita para personas de la tercera edad al 1-800-96 ELDER (1-800-963-5337)**

PSA 1: Northwest Florida Area Agency on Aging
5090 Commerce Park Circle
Pensacole, FL 32505
(850) 494-7100
www.nwflaaa.org

PSA 2: Area Agency on Aging for North Florida, Inc
2414 Mahan Drive
Tallahassee, FL 32308
(866) 467-4624 o (850) 488-0055
www.aaanf.org

PSA 3: Elder Options, the Mid-Florida Area Agency on Aging
St. Petersburg, FL 33702
(727) 570-9696
www.agingcarefl.org

PSA 6: West Central Florida Area Agency on Aging, Inc
8928 Brittany Way
Tampa, FL 33619
(813) 740-3888
www.seniorconectioncenter.org

PSA 7: Senior Resource Alliance
988 Woodcock Road, Suite 200
Orlando, FL 32803
(407) 514-1800
www.seniorresourcealliance.org

PSA 8: Area Agency on Aging of Southwest Florida
15201 North Cleveland Avenue, Suite 1100
North Fort Myers, FL 33903
(239) 652-6900
www.aaaswfl.org

PSA 9: Area Agency on Aging of Palm Beach/ Treasure Coast, Inc
4400 N. Congress Avenue
West Palm Beach, FL 33407
(561) 684-5885
www.youragingresourcecenter.org

PSA 10: Aging and Disability Resource Center of Broward County
5300 Hiatus Road
Sunrise, FL 33351
(954) 745-9567
www.adrcbroward.org

PSA 11: Alliance for Aging Serving Miami-Dade and Monroe Counties
760 NW 107th Avenue, Suite 214, 2nd Floor
Miami, FL 33172
(305) 670-6500
www.allianceforaging.org

Programa de Apoyo para Consumidores Independientes:

El Programa de Apoyo para Consumidores Independientes (ICSP, por sus siglas en inglés) es un esfuerzo coordinado de la Oficina de Servicios y Apoyo a Largo Plazo (LTCS, por sus siglas en inglés) del Departamento de Asuntos para la Tercera Edad de Florida, que trabaja en colaboración con el Programa del Mediador de Cuidado a Largo Plazo (LTCOP, por sus siglas en inglés) para todo el estado, los Centros de Recursos para Discapacitados y Ancianos (ADRC) locales y la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (AHCA, por sus siglas en inglés). El ICSP de Florida funciona con el personal de los LTCS, los ADRC locales y el LTCOP para garantizar que los consumidores de Cuidados coordinados a largo plazo de Medicaid a nivel estatal (SMMC LTC, por sus siglas en inglés) tengan múltiples puntos de acceso para obtener información, presentar quejas, quejas formales y apelaciones, o realizar preguntas. Para agregar, este enfoque de tres direcciones permite a los consumidores un acceso sin contratiempos al proceso de resolución de quejas del ICSP, además de apuntar al grupo específico que mejor puede abordar una queja, queja formal o pregunta en particular.

Para obtener información adicional, visite el sitio web de DOEA
http://elderaffairs.state.fl.us/doea/smmcltc.php

Página de firma del Manual

He recibido una copia del Manual para los afiliados del Plan Humana Long-Term Care. Contacte con su Coordinador de cuidado de la salud si tiene alguna pregunta.

Afiliado/representante: _____

Fecha: _____

La discriminación es contra la ley

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

Humana Inc. y sus subsidiarias proporcionan:

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

Si necesita estos servicios, contacte con Servicio al cliente al 1-888-998-7732 TTY 711.

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

Discrimination Grievances
P.O. Box 14618
Lexington, KY 40512 - 4618
Llame al 1-888-998-7732. Si utiliza un dispositivo TTY, llame al 711.

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

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

Multi-Language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-998-7732（TTY：711）.

Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-998-7732（TTY：711).

Kreyòl Ayisyen (French Creole): ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-888-998-7732（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 1-888-998-7732（TTY：711).

Português (Portuguese): ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-888-998-7732（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 1-888-998-7732（TTY：711）。

Français (French): ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-998-7732 (ATS : 711).

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-998-7732 (TTY：711).

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-998-7732 (телетайп: 711).

العربية (Arabic):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-888-998-7732 (رقم هاتف الصم والبك: 711)**.

Italiano (Italian): ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-888-998-7732 (TTY: 711).

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-998-7732 (TTY: 711).

한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-998-7732 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Polski (Polish): UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-888-998-7732 (TTY: 711).

ગુજરાતી (Gujarati): સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-888-998-7732 (TTY: 711).

ภาษาไทย (Thai): เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรีโทร 1-888-998-7732 (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, koji' hódíílnih 1-888-998-7732 (TTY: 711).