



Manual para afiliados de Humana Healthy Horizons in Ohio

Plan año 2023

Cuidado médico administrado por
Medicaid de Ohio

Fecha de vigencia: 1 de mayo de 2023

ATENCIÓN: Si no habla inglés, tiene a su disposición servicios lingüísticos gratuitos. Llame gratis al 877-856-5702 (TTY: 711), de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m., hora del este.

Llámenos si nos necesita

Si tiene alguna pregunta, o necesita ayuda para leer o entender este documento, llámenos al **877-856-5702 (TTY: 711)**. Estamos a su disposición de lunes a viernes, de 7 a.m. a 8 p.m., hora del este. Podemos ayudarle sin costo para usted. Podemos explicarle el documento en inglés o en su idioma preferido. También podemos brindarle ayuda si tiene dificultades de la vista o la audición. Consulte su Manual para los afiliados para obtener información sobre sus derechos.

Importante

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

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

- Usted puede presentar una queja, también conocida como queja formal a: **Discrimination Grievances**, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al **877-856-5702** o bien, si utiliza un **TTY**, llame al **711**.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante el:
 - **Departamento de Medicaid de Ohio (ODM, por sus siglas en inglés), Oficina de Derechos Civiles** enviando un correo electrónico a ODM_EEO_EmployeeRelations@medicaid.ohio.gov, enviando un fax al **614-644-1434** o por correo postal a P.O. Box 182709, Columbus, Ohio 43218-2709; o
 - **Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles**, electrónicamente a través de su Portal de quejas disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o a **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **800-368-1019**, **800-537-7697 (TDD)**. Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. **877-856-5702 (TTY: 711)**

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

Humana Healthy Horizons in Ohio es un producto de Medicaid de Humana Health Plan of Ohio, Inc.

Usted tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. 877-856-5702 (TTY: 711)

English: Call the number above to receive free language assistance services.

Español (Spanish): Llame al número que se indica arriba para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística.

नेपाली (Nepali): निःशुल्क भाषासम्बन्धी सहयोग सेवाहरू प्राप्त गर्नका लागि माथिको नम्बरमा फोन गर्नुहोस्।

العربية (Arabic): اتصل برقم الهاتف أعلاه للحصول على خدمات المساعدة اللغوية المجانية.

Soomaali (Somali): Wac lambarka kore si aad u hesho adeegyada caawimaada luuqada oo bilaash ah.

Русский (Russian): Позвоните по вышеуказанному номеру, чтобы получить бесплатную языковую поддержку.

Français (French): Appelez le numéro ci-dessus pour recevoir des services gratuits d'assistance linguistique.

Tiếng Việt (Vietnamese): Gọi số điện thoại ở trên để nhận các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.

Kiswahili (Swahili): Piga simu kwa nambari iliyo hapo juu ili upate huduma za usaidizi wa lugha bila malipo.

Українська (Ukrainian): Зателефонуйте за вказаним вище номером для отримання безкоштовної мовної підтримки.

繁體中文 (Traditional Chinese): 您可以撥打上面的電話號碼以獲得免費的語言協助服務。

Ikinyarwanda (Kinyarwanda): Hamagara numero iri haruguru uhabwe serivisi z'ubufasha bw'ururimi ku buntu.

简体中文 (Simplified Chinese): 您可以拨打上面的电话号码以获得免费的语言协助服务。

دری (Dari): برای دریافت خدمات رایگان کمک زبانی با شماره بالا تماس بگیرید.

پشتو (Pashto): د وړيا ژبې ملاتړ ترلاسه کولو لپاره پورته شميرې ته زنگ ووهئ.

አማርኛ (Amharic): የዓቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶችን ለማግኘት ከላይ ባለው ስልክ ቁጥር ይደውሉ።

ગુજરાતી (Gujarati): મફત ભાષા સહાય સેવાઓ મેળવવા માટે ઉપર આપેલા નંબર પર કોલ કરો.

OHHLDHJSP

Índice

¡Bienvenido a Humana Healthy Horizons in Ohio!	10
Información de contacto importante	11
Horario de atención	11
Queremos saber qué opina de nosotros.....	11
Más información	12
Guía de referencia rápida	12
Información para nuevos afiliados	13
Kits de bienvenida para nuevos afiliados	13
Tarjetas de identificación (ID)	14
Siempre lleve consigo sus tarjetas de identificación	14
Definiciones.....	16
Cómo utilizar este manual	24
Cómo funciona el cuidado administrado	24
El plan, nuestros proveedores y usted	24
Directorio de proveedores	25
Buscador de médicos (Encontrar un médico)	25
Telesalud	26
Servicios para afiliados	26
Háganos saber si su información cambia.....	27
Aviso de pérdida del seguro	28
Otros Seguros de Salud (Coordinación de Beneficios, COB)	28
Renovación automática de la membresía de MCO.....	28
Servicios de intérprete	28
Ayuda y servicios auxiliares.....	29
Números de teléfono importantes	29

Parte I: Lo primero que debe saber	30
Elegir un proveedor de cuidado primario (PCP)	30
Cambio de su PCP	30
Casos especiales	31
Cuando no elige un PCP	31
Obtener cuidado de la salud regular.....	31
No se requiere que el afiliado sea referido	33
Fuera de la red	34
Emergencias de afiliados	34
Servicios en casos de emergencia	34
Cuidado médico posterior a la estabilización	35
Cuidado de urgencia	36
Lesión o enfermedad accidental (subrogación)	36
Todos los demás servicios	36
Segundas opiniones.....	36
Cuidado fuera de Ohio.....	37
Parte II: Sus beneficios: Qué cubre el plan para afiliados de Humana Healthy Horizons in Ohio.....	37
Servicios cubiertos por Humana Healthy Horizons in Ohio	37
Transporte	39
Medicamentos recetados.....	40
Programa de servicios coordinados (CSP).....	40
Servicios no cubiertos por Humana Healthy Horizons in Ohio	40
Servicios no cubiertos por Humana Healthy Horizons in Ohio a menos que sea necesario por razones médicas	41
Limitaciones de frecuencia	41
Copagos.....	41

Servicios de coordinación del cuidado	42
Coordinación del cuidado de la salud complejo	42
Programa HumanaBeginnings	43
Transiciones en el cuidado.....	43
Tratamiento de afecciones crónicas	43
Ayuda con problemas que no requieren cuidados médicos.....	44
Otros programas que le ayudarán a mantenerse saludable	45
Programa para dejar el tabaco.....	45
Programa de control de peso	45
Línea de consulta médica 24/7.....	45
Servicios para la salud del comportamiento	46
Apoyo de crisis de salud del comportamiento	46
OhioRISE	47
Elegibilidad para OhioRISE.....	47
Servicios de OhioRISE	47
Healthchek	48
Pruebas y vacunas contra el COVID	49
Otros programas que le ayudarán a mantenerse saludable	50
Programa para abandonar el tabaco	50
Beneficios adicionales.....	51
Go365 for Humana Healthy Horizons.....	55
Go365.....	55
Exención de responsabilidad del programa.....	58
Qué sucede si recibe una factura	58
Herramienta de acceso sencillo	58
Cuenta MyHumana	58

Aplicación MyHumana	59
Parte III: Procedimientos del plan	59
Autorización previa	59
Solicitudes de autorización para niños menores de 21 años	60
Qué sucede después de que recibamos su solicitud de autorización previa.....	60
Autorización previa y plazos	61
Revisión estándar: Revisión de servicios/autorizaciones previas estándar no urgentes:	61
Revisión acelerada (vía rápida):	62
Cómo puede ayudar con las políticas del plan de salud	63
Apelaciones y quejas formales	63
Apelaciones.....	64
Queja formal.....	64
Pruebas para apelaciones	65
Audiencias del Estado.....	65
Continuidad de los beneficios	67
Su cuidado médico cuando cambia de plan de salud o de médicos (transición en el cuidado)	67
Derechos y responsabilidades de los afiliados.....	68
Sus derechos de afiliación	68
Sus obligaciones	70
Finalización de su afiliación a Humana Healthy Horizons in Ohio	72
Terminación de la afiliación por justa causa	72
Cuestiones a tener en cuenta si termina su afiliación.....	73
Terminaciones opcionales de la afiliación	73
¿Puede Humana Healthy Horizons in Ohio terminar mi afiliación?.....	74
Elegir un nuevo plan	75

Podría perder la elegibilidad para el cuidado médico administrado de Medicaid . . .	75
Pérdida de elegibilidad para Medicaid.	75
Instrucciones anticipadas	75
Instrucciones anticipadas en Ohio.	76
Testamento en vida.	76
Recuperación patrimonial	77
Instrucciones de tratamiento de salud mental.	77
Otras personas que pueden tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por usted	78
Poder notarial para el cuidado de la salud.	78
Fraude, malgasto y abuso	79
Si sospecha de fraude, malgasto o abuso	80
Manténganos informados	81
Mejora de la calidad.	82
Propósito del programa	82
Alcance del programa.	83
Medidas de calidad	84
Directrices preventivas y directrices de prácticas clínicas	85
Su salud es importante.	86
Aviso de prácticas de privacidad.	86
¿Qué es información personal y de salud?	86
¿Cómo protegemos su información?	87
¿Cómo usamos y divulgamos su información?	87
¿Usaremos su información para propósitos no descritos en este aviso?	89
¿Qué hacemos con su información cuando usted ya no es afiliado o ya no tiene cobertura a través de nuestro plan?	89
¿Cuáles son mis derechos en relación con mi información?	89

¿Qué tipos de comunicaciones puedo optar por no recibir?	90
¿Cómo puedo ejercer mis derechos u obtener una copia de este aviso?	90
¿Qué debo hacer si creo que se ha violado mi privacidad?	90
¿Qué sucederá si mi información clasificada se utiliza o se divulga de manera inadecuada?	91

¡Bienvenido a Humana Healthy Horizons in Ohio!

Bienvenido a Humana Healthy Horizons in Ohio por Humana. Ahora es afiliado de un plan de cuidado de la salud, también conocido como organización de cuidado administrado (MCO, por sus siglas en inglés). Humana Healthy Horizons in Ohio brinda servicios de cuidado de la salud a los residentes de Ohio que son elegibles, incluidas las personas con bajos ingresos, mujeres embarazadas, bebés, niños, adultos mayores y personas con discapacidades.

En este manual encontrará respuesta a muchas de sus preguntas. Léalo cuidadosamente y manténgalo en un lugar seguro por si necesita consultarlo más adelante. Si tiene preguntas sobre la información en su manual del afiliado:

- Visite espanol.humana.com/HealthyOhio
- Llame a Member Services at 877-856-5702 (TTY: 711), de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m., hora del este



Información de contacto importante

A continuación, se brindan diferentes formas de comunicarse con nosotros si tiene alguna pregunta.

Servicios para afiliados	877-856-5702 (TTY: 711), de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m., hora del este
Línea de consulta médica las 24 horas	866-376-4827 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año
Línea de crisis de salud del comportamiento	800-720-9616 (TTY: 711) disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana
En línea	espanol.humana.com/HealthyOhio
Transporte	Access2Care 855-739-5986 (TTY 866-288-3133)
Correo	P.O. Box 14601 Lexington, KY 40512
Servicios de conserjería para accesibilidad (disponible para formatos alternativos, servicios de interpretación, personas con trastornos auditivos)	877-320-2233

Horario de atención

Servicios para afiliados está disponible de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m., hora del este. Si llama cuando estamos cerrados, deje un mensaje si se le solicita que lo haga. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. Si tiene una pregunta relacionada con la salud, nuestros enfermeros están disponibles para ayudarlo a través de nuestra línea de consulta médica las 24 horas al 866-376-4827 (TTY: 711).

Humana está cerrado en virtud de los siguientes días festivos importantes:

- Año Nuevo
- Día de Martin Luther King Jr.
- Día de los Caídos
- Día de la Independencia
- Día del Trabajo
- Día de Acción de Gracias
- Día después del Día de Acción de Gracias
- Navidad

*Nota: Cerramos el viernes si un día festivo cae en sábado y cerramos el lunes si el día festivo cae en domingo.

Queremos saber qué opina de nosotros

Si tiene ideas sobre cómo podemos mejorar o servirle mejor, háganoslo saber llamando a

Servicios para afiliados al 877-856-5702 (TTY:711). Su opinión es importante. Queremos que sea un afiliado satisfecho y saludable.

Más información

Llame a Servicios para afiliados si desea información sobre la estructura y operación de Humana Healthy Horizons in Ohio, los planes de incentivos para médicos y las políticas de utilización de servicios.

Guía de referencia rápida

QUIERO:	PUEDO COMUNICARME CON:
Encontrar un médico, especialista o servicio de cuidado de la salud	Mi proveedor de cuidado primario (PCP). Si necesita ayuda para encontrar y elegir un PCP, vaya a espanol.humana.com/FindADoctor o llame a Servicios para afiliados al 877-856-5702 (TTY: 711).
Obtener la información de este manual en otro formato o idioma	Servicios para afiliados al 877-856-5702 (TTY: 711).
Llevar un mejor registro de mis citas y servicios de salud	Mi PCP o Servicios para afiliados al 877-856-5702 (TTY: 711).
Obtener ayuda para acudir a las citas con mi médico y volver a casa	Servicios para afiliados al 877-856-5702 (TTY: 711). También encontrará más información sobre los servicios de transporte en este manual.
Obtener ayuda para manejar mi estrés o ansiedad	Si está en peligro o necesita atención médica inmediata, llame al 911. Línea directa de crisis de salud del comportamiento en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. 800-720-9616 (TTY: 711).
Obtener respuestas a preguntas o inquietudes básicas sobre mi salud, mis síntomas o mis medicamentos	Mi PCP, o la línea de consulta médica las 24 horas de Humana al 866-376-4827 (TTY: 711).
- Entender una carta o aviso de mi plan de salud que recibí por correo - Presentar una queja formal sobre mi plan de salud - Obtener ayuda con un cambio reciente o una denegación de mis servicios de cuidado de la salud	Servicios para afiliados al 877-856-5702 (TTY: 711).
Actualizar mi dirección	Oficina de la línea directa del consumidor de Medicaid al 800-324-8680 para reportar un cambio de dirección.

QUIERO:	PUEDO COMUNICARME CON:
Encontrar mi Directorio de proveedores de Humana Healthy Horizons in Ohio u otra información general sobre mi plan	espanol.humana.com/OhioDocuments

Información para nuevos afiliados

Si tiene servicios de cuidado de la salud ya aprobados o programados, es importante que llame a Servicios para afiliados de inmediato. En ciertas situaciones, y durante un período de tiempo específico después de inscribirse, es posible que se le permita recibir cuidado de un proveedor que no sea un proveedor de la red Humana Healthy Horizons in Ohio. Debe llamar a Humana Healthy Horizons in Ohio antes de recibir el cuidado. Si no nos llama, es posible que no pueda recibir el cuidado y/o que no se pague el reclamo. Por ejemplo, debe llamar a Servicios para afiliados si ya tiene los siguientes servicios aprobados o programados:

- Trasplante de órganos, médula ósea o células madre hematopoyéticas.
- Atención prenatal (embarazo) en el tercer trimestre, incluido el parto.
- Cirugía para pacientes internados/ambulatorios.
- Cita con un proveedor de cuidado primario o especializado.
- Quimioterapia o radioterapia.
- Tratamiento después del alta hospitalaria en los últimos 30 días.
- Servicios dentales o para la vista que no son de rutina (por ejemplo, aparatos de ortodoncia o cirugía).
- Equipo médico.
- Servicios que recibe en casa, incluido cuidado de la salud en el hogar, terapias y enfermería.

Kits de bienvenida para nuevos afiliados

Cada nuevo afiliado recibe un kit de bienvenida para nuevos afiliados y una postal.

El kit para nuevos afiliados contiene:

- Información básica sobre los beneficios del plan y una breve lista de cosas para que comience su camino hacia su mejor salud.
- Información sobre cómo obtener una copia del Directorio de proveedores de Humana Healthy Horizons in Ohio.
- Información sobre cómo acceder a este Manual del afiliado, que incluye información sobre los beneficios y servicios del plan.

- Una encuesta de evaluación de salud, llamada Evaluación de riesgos para la salud (o HRA, por sus siglas en inglés).
- Otros materiales e información de educación preventiva para la salud.

También enviamos a cada nuevo afiliado una tarjeta de identificación del afiliado. Enviamos la tarjeta de identificación por separado del kit para nuevos afiliados.

Tarjetas de identificación (ID)

Debería haber recibido una tarjeta de identificación del afiliado de Humana Healthy Horizons in Ohio. Esta tarjeta es para todos los miembros de su familia que se han unido a Humana Healthy Horizons in Ohio. Esta tarjeta es válida mientras esté afiliado a Humana Healthy Horizons in Ohio.

Su tarjeta de identificación de Humana Healthy Horizons in Ohio reemplazará su tarjeta mensual de Medicaid. Su tarjeta de identificación se emitirá al comienzo de su plan. Puede llamar y solicitar una nueva tarjeta de identificación en cualquier momento si la pierde o la extravía.

Si está embarazada, debe informar a Humana Healthy Horizons in Ohio. También debe llamar cuando nazca su bebé para que podamos enviarle una nueva tarjeta de identificación para su bebé O una nueva tarjeta de identificación que incluya a su bebé.

Llame a Servicios para afiliados de Humana Healthy Horizons in Ohio lo antes posible al 877-856-5702 (TTY: 711) si:

- Aún no ha recibido su tarjeta.
- La tarjeta contiene información errónea.
- Pierde su tarjeta.
- Tiene un bebé.

Siempre lleve consigo sus tarjetas de identificación

Necesitará su tarjeta de identificación cada vez que reciba servicios médicos. Esto significa que necesita su tarjeta de identificación de Humana Healthy Horizons in Ohio cuando:

- Consulte a su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés).
- Vea a un especialista u otro proveedor.
- Acuda a una sala de emergencias.
- Acuda a un centro de cuidado de urgencias.
- Acuda a un hospital por cualquier motivo.
- Reciba suministros médicos.
- Reciba una receta.

- Se realice estudios médicos.
- Programe transporte.

Humana
Healthy Horizons.

Servicios para afiliados | Teléfono: 877-856-5702
Servicios en casos de emergencia las 24 horas | Teléfono: 866-376-4827

Nombre del afiliado
JaneHasVeryLongName
Veryloooooonglastname

Número de identificación del afiliado
000000000000

Número de identificación del plan
000000000000

Proveedor de cuidado primario
Dr. John Doe
Teléfono: 000-000-0000
Fecha de emisión: mm/dd/aaaa

Beneficio de farmacia
gwinwell
Rx Bin: 024251
Rx PCN: OHRXPROD
Teléfono: 833-491-0344

Utilice la identificación del afiliado para la facturación

Servicios para afiliados | Teléfono: 877-856-5702
Servicios en casos de emergencia las 24 horas | Teléfono: 866-376-4827

Información para afiliados
Indicaciones sobre qué hacer en una emergencia
Presente esta tarjeta siempre, antes de recibir cuidado médico, excepto en una emergencia. En caso de emergencia, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias más cercana.
Visítenos en: espanol.humana.com/HealthyOhio

Información para proveedores
Verifique la elegibilidad del afiliado en la Fecha de servicio a través del portal de proveedores de ODM antes de prestar los servicios.
Identificación del pagador: 61103
Visite espanol.humana.com/HealthyOH para obtener instrucciones detalladas sobre facturación o llame al 877-856-5707 para obtener asistencia.
Los proveedores también pueden llamar al ODM IHD al 800-686-1516 para obtener asistencia.

Ohio | Department of Medicaid

Humana Healthy Horizons es un producto de Medicaid que ofrecen empresas afiliadas de Humana Inc.

Definiciones

Abuso significa prácticas de proveedores que son inconsistentes con buenas prácticas fiscales, comerciales o médicas, y resultan en un costo innecesario para el programa Medicaid, o en el reembolso de servicios que no son necesarios por razones médicas o que no cumplen con los estándares profesionalmente reconocidos para el cuidado de la salud. También incluye prácticas de beneficiarios que resultan en costos innecesarios para el programa Medicaid.

Actuario significa una persona que cumple con los estándares de calificación establecidos por la American Academy of Actuaries para un actuario y sigue los estándares de práctica establecidos por la Junta de Estándares Actuariales. En esta parte, Actuario se refiere a una persona que actúa en nombre del Estado cuando se utiliza en referencia al desarrollo y la certificación de las tasas de capitación.

Administrador de casos de cuidado primario (PCCM) significa un médico, un equipo de grupo de médicos o, a opción del Estado, cualquiera de los siguientes:

- (1) Un asistente médico.
- (2) Una enfermero con licencia.
- (3) Una enfermera-partera acreditada.

Afección médica de emergencia significa una afección médica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido el dolor severo) tal que un lego prudente con un conocimiento promedio de la salud y la medicina, podría esperar razonablemente que la ausencia de cuidado de la salud inmediato resulte en cualquiera de los siguientes: poner en grave peligro la salud de la persona (o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su hijo por nacer); deterioro grave de las funciones corporales; o disfunción grave de cualquier órgano o parte corporal.

Afiliado significa un beneficiario de Medicaid que actualmente está inscrito en una entidad MCO, PIHP, PAHP, un administrador de casos de cuidado primario (PCCM, por sus siglas en inglés) o una entidad PCCM en un programa de cuidado administrado determinado.

Ajuste material es un ajuste que, utilizando un juicio actuarial razonable, tiene un impacto significativo en el desarrollo del pago por capitación, de modo que su omisión o declaración errónea podría afectar a la determinación de si la evolución de la tasa de capitación es compatible con los principios y prácticas actuariales generalmente aceptados.

Apelación hace referencia a una solicitud de un afiliado para que el Plan OhioRISE revise una determinación adversa de beneficios.

Asesoramiento de elección significa la provisión de información y servicios diseñados para ayudar a los beneficiarios a tomar decisiones de inscripción; incluye responder preguntas e identificar factores a considerar al elegir entre planes de atención administrada y Proveedores de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés). El asesoramiento de elección no incluye hacer recomendaciones a favor o en contra de la inscripción en una

MCO, un plan de salud prepago para pacientes hospitalizados (PIHP, por sus siglas en inglés) o un plan de salud ambulatorio prepago (PAHP, por sus siglas en inglés) específico.

Celda de tasa significa un conjunto de categorías mutuamente excluyentes de afiliados que se define por una o más características con el fin de determinar la tasa de capitación y realizar un pago por capitación; tales características pueden incluir edad, sexo, categoría de elegibilidad y región o área geográfica. Cada afiliado debe clasificarse en una de las celdas de tasa para cada conjunto único de beneficios mutuamente excluyentes en virtud del contrato.

Cobertura para medicamentos recetados hace referencia a los medicamentos cubiertos por el Administrador Único de Beneficios de Farmacia (SPBM, por sus siglas en inglés) que se despachan a los afiliados para usar en la residencia del paciente, incluido un hogar de ancianos o un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales.

Contrato de riesgo significa un contrato entre el Estado y una MCO, un PIHP o un PAHP en virtud del cual el contratista:

- (1) asume el riesgo del costo de los servicios cubiertos por el contrato, e
- (2) incurre en pérdidas si el costo de proporcionar los servicios excede los pagos en virtud del contrato.

Contrato de riesgo integral significa un contrato de riesgo entre el Estado y una MCO que cubre servicios integrales, es decir, servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados y cualquiera de los siguientes servicios, o cualquiera de los tres o más de los siguientes servicios:

- (1) Servicios hospitalarios ambulatorios.
- (2) Servicios de clínicas de salud rurales.
- (3) Servicios del Centro de Salud Federalmente Acreditado (FQHC, por sus siglas en inglés).
- (4) Otros servicios de laboratorio y radiografías.
- (5) Servicios de centro de enfermería (NF, por sus siglas en inglés).
- (6) Servicios de pruebas de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (EPSDT, por sus siglas en inglés).
- (7) Servicios de planificación familiar.
- (8) Servicios médicos.
- (9) Servicios de cuidado de la salud en el hogar.

Contrato sin riesgo significa un contrato entre el Estado y un PIHP o un PAHP en virtud del cual el contratista:

(1) no está en riesgo financiero por cambios en la utilización o por costos incurridos bajo el contrato que no excedan los límites de pago superiores especificados en § 447.362 de este capítulo, y

(2) el Estado podrá reembolsar al final del período del contrato sobre la base de los costos incurridos, sujeto a los límites especificados.

Copago hace referencia a una cantidad fija que un afiliado paga por un servicio de cuidado de la salud cubierto.

Cuidado ambulatorio hospitalario hace referencia a los servicios o tratamientos de diagnóstico, terapéuticos, de rehabilitación o paliativos proporcionados por un profesional de servicios médicos o bajo su supervisión que un hospital proporciona a un paciente.

Cuidado de enfermería especializada hace referencia a una tarea específica que, de acuerdo con el Capítulo 4723. del Código Revisado de Ohio, debe ser realizado por un auxiliar de enfermería con licencia (LPN, con sus siglas en inglés) bajo la dirección de un profesional de enfermería registrado o, directamente, por un profesional de enfermería registrado.

Cuidado de la salud en el hogar hace referencia a servicios que incluyen enfermería de cuidado de la salud en el hogar, servicios de asistente de cuidado de la salud en el hogar y terapias especializadas.

Cuidado de urgencia hace referencia al cuidado de una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque cuidado de inmediato, pero no tan grave como para requerir cuidado en la sala de emergencias.

Cuidado en la sala de emergencias hace referencia a las pruebas de detección médicas, exámenes y evaluaciones realizadas por un médico o, en la medida permitida por la ley aplicable, por otro personal apropiado bajo la supervisión de un médico, para determinar si existe una afección médica de emergencia y, en caso de que así sea, determinar el tratamiento de cuidado o la cirugía en relación con un servicio cubierto; estos servicios serán realizados por un médico, dentro de la capacidad de servicio de un hospital, y son necesarios para aliviar o eliminar la afección médica de emergencia.

Cuidado primario significa todos los servicios de cuidado primario y servicios de laboratorio proporcionados habitualmente por o a través de un médico general, médico de familia, médico de medicina interna, obstetra/ginecólogo, pediatra u otro profesional con licencia según lo autorizado por el programa estatal de Medicaid, en la medida en que la prestación de esos servicios esté legalmente autorizada en el estado en el que el profesional los proporciona.

Datos de encuentro del afiliado significa la información relacionada con la recepción de cualquier artículo o servicio por parte de un afiliado en virtud de un contrato entre un Estado y una MCO, un PIHP o un PAHP que está sujeto a los requisitos de §§ 438.242 y 438.818.

Dispositivos y servicios de rehabilitación hace referencia a las tareas específicas que, de acuerdo con el Título 47 del Código Revisado de Ohio (Ohio Revised Code), deben ser

proporcionadas directamente por un personal de cuidado de la salud profesional o técnico con licencia u otro certificado correspondiente.

Entidad de gestión de casos de cuidado primario (entidad PCCM) significa una organización que proporciona cualquiera de las siguientes funciones, además de los servicios de administración de casos de cuidado primario, para el Estado:

- (1) Prestación de servicios intensivos de gestión telefónica o presencial de casos, incluida la operación de una línea de asesoramiento de triaje de enfermeras.
- (2) Desarrollo de planes de cuidado para afiliados.
- (3) Ejecución de contratos o responsabilidades de supervisión para las actividades de los proveedores de cargo por servicio (FFS, por sus siglas en inglés) en el programa FFS.
- (4) Provisión de pagos a los proveedores de FFS en nombre del Estado.
- (5) Provisión de actividades de divulgación y educación para los afiliados.
- (6) Operación de un centro de llamadas de atención al cliente.
- (7) Revisión de las reclamaciones de los proveedores, la utilización y los patrones de práctica para llevar a cabo la elaboración de perfiles de proveedores o la mejora de la práctica.
- (8) Implementación de actividades de mejora de calidad, incluida la administración de encuestas de satisfacción de los afiliados o la recopilación de datos necesarios para la medición del desempeño de los proveedores.
- (9) Coordinación con los sistemas/proveedores de salud del comportamiento.
- (10) Coordinación con servicios a largo plazo y sistemas/proveedores de apoyo.

Equipo médico duradero hace referencia al equipo que puede resistir varios usos, se usa principal y habitualmente para servir a un objetivo médico, generalmente no es útil para una persona que no sufre de una enfermedad o lesión y se puede usar en el hogar.

Especialista hace referencia a un médico especialista que se enfoca en un área específica de la medicina o un grupo de pacientes para diagnosticar, administrar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y afecciones. Un especialista no médico es un proveedor que tiene más capacitación en un área específica del cuidado de la salud.

Estado significa la agencia estatal única.

Fraude significa un engaño intencional o tergiversación hecha por una persona con el conocimiento de que el engaño podría resultar en algún beneficio no autorizado para sí mismo o para alguna otra persona. Incluye cualquier acto que constituya fraude bajo la ley federal o estatal aplicable.

Gestión de casos de cuidado primario es un sistema en virtud del cual:

(1) un administrador de casos de cuidado primario (PCCM) tiene un contrato con el Estado para proporcionar servicios de administración de casos (que incluyen la ubicación, coordinación y monitoreo de los servicios de cuidado primario de la salud) a los beneficiarios de Medicaid; o

(2) una entidad del PCCM tiene un contrato con el Estado para proporcionar un conjunto definido de funciones.

HMO con acreditación federal significa una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) han determinado que es una HMO acreditada de acuerdo con la sección 1310 (d) de la Ley PHS.

Hospitalización hace referencia al cuidado en un hospital que requiere admisión como paciente internado.

Medicamentos recetados hace referencia a aquellas sustancias simples o compuestas o mezclas de sustancias recetadas para curar, mitigar o prevenir enfermedades, o para mantener la salud. Son recetadas por un médico u otro profesional médico con licencia de las artes curativas dentro del alcance de esta práctica profesional según lo definido y limitado por la ley federal y estatal. Son despachados por farmacéuticos con licencia o personal médico autorizado con licencia de acuerdo con la Ley de Práctica Médica del Estado (State Medical Practice Act) y por el farmacéutico o profesional médico con licencia en una receta escrita que se registra y mantiene en los registros del farmacéutico o profesional.

Necesario por razones médicas hace referencia a los criterios de cobertura para procedimientos, artículos o servicios que previenen, diagnostican, evalúan o tratan una afección de salud adversa, como una enfermedad, lesión, síntomas, disfunción emocional o conductual, déficit intelectual, deterioro cognitivo o discapacidad del desarrollo y sin los cuales se puede estimar que la persona sufra una morbilidad prolongada, aumentada o nueva, deterioro de la función, disfunción de un órgano o parte del cuerpo, o dolor y malestar significativos.

Organización de aseguramiento de la salud (HIO, por sus siglas en inglés) significa una entidad operada por el condado que, a cambio de pagos por capitación, cubre los servicios para los beneficiarios:

(1) A través de pagos a, o acuerdos con, proveedores;

(2) En virtud de un contrato global de riesgo con el Estado; y

(3) Cumple con los siguientes criterios:

(i) entró en funcionamiento por primera vez antes del 1 de enero de 1986, o

(ii) se describe en la sección 9517 (c) (3) de la Omnibus Budget Reconciliation Act (Ley Ómnibus de Reconciliación Presupuestaria) de 1985 (enmendada por la sección 4734 de

la Ley Ómnibus de Reconciliación Presupuestaria de 1990 y la sección 205 de la Medicare Improvements for Patients and Providers Act (Ley de Mejoras de Medicare para Pacientes y Proveedores) de 2008).

Organización de cuidado administrado (MCO) significa una entidad que tiene, o está tratando de acreditarse para, un contrato de riesgo integral bajo esta parte, y que es:

- (1) Una HMO con acreditación federal que cumple con los requisitos de instrucciones anticipadas de, o
- (2) Cualquier entidad pública o privada que cumple con los requisitos de las instrucciones anticipadas y que el Secretario determine que también cumple con las siguientes condiciones:
 - (i) Hace que los servicios que proporciona a sus afiliados de Medicaid sean accesibles (en términos de oportunidad, cantidad, duración y alcance) ya que esos servicios son para otros beneficiarios de Medicaid dentro del área atendida por la entidad.
 - (ii) Cumple con los estándares de solvencia de § 438.116.

Pago excesivo significa cualquier pago realizado a un proveedor de la red por una MCO, un PIHP o un PAHP al que el proveedor de la red no tiene derecho en virtud del Título XIX de la Ley o cualquier pago a una MCO, un PIHP o un PAHP por un Estado al que la MCO, PIHP o PAHP no tiene derecho en virtud del Título XIX de la Ley.

Pago por capitación es un pago que el Estado hace periódicamente a un contratista en nombre de cada beneficiario inscrito en virtud de un contrato y basado en la tasa de capitación actuarialmente sólida para la prestación de servicios en el marco del plan estatal. El Estado efectúa el pago independientemente de si el beneficiario en particular recibe servicios durante el período cubierto por el pago.

Período de calificación significa un período de 12 meses seleccionado por el Estado para el cual se desarrollan y documentan las tasas de capitación actuarialmente sólidas en la certificación de tasas presentada a los CMS según lo requerido por § 438.7 (a).

Plan (S) “Organización de cuidado médico administrado (MCO, por sus siglas en inglés)” o “plan de cuidado médico administrado (MCP, por sus siglas en inglés)” significa una corporación de seguro de salud (HIC, por sus siglas en inglés) con licencia en el estado de Ohio que celebra un acuerdo de proveedor de cuidado médico administrado con ODM. (5160-26-01(S)).

Plan de salud ambulatorio prepago (PAHP) significa una entidad que:

- (1) proporciona servicios a los afiliados en virtud de un contrato con el Estado, y sobre la base de pagos por capitación, u otros arreglos de pago que no utilizan las tasas de pago del plan estatal;
- (2) no proporciona ni organiza, y no es responsable de la prestación de ningún hospital para pacientes hospitalizados o servicios institucionales para sus afiliados; y
- (3) no tiene un contrato de riesgo integral.

Plan de salud prepago para pacientes hospitalizados (PIHP) significa una entidad que:

- (1) proporciona servicios a los afiliados en virtud de un contrato con el Estado, y sobre la base de pagos por capitación, u otros arreglos de pago que no utilizan las tasas de pago del plan estatal;
- (2) proporciona, organiza o tiene la responsabilidad de la prestación de cualquier hospital para pacientes hospitalizados o servicios institucionales para sus afiliados; y
- (3) no tiene un contrato de riesgo integral.

Preautorización (también conocida como autorización previa): algunas veces, los proveedores participantes se comunican con nosotros con respecto a los servicios médicos que desean brindarle. Esto se realiza antes de que usted reciba los servicios médicos para garantizar que se trata del mejor cuidado que puede recibir para sus necesidades. También se aseguran de que los servicios estarán cubiertos. Es necesaria para algunos servicios que no son de rutina como, por ejemplo, el cuidado de la salud en el hogar o algunas cirugías programadas.

Prima hace referencia al monto del pago mensual por afiliado al que la MCO tiene derecho como compensación por cumplir con sus obligaciones de acuerdo con el Capítulo 5160-26 del Código Administrativo o el acuerdo de proveedor con ODM. (516026-01(NN))

Programa de cuidado administrado significa un sistema de prestación de cuidado administrado operado por un Estado según lo autorizado en virtud de las secciones 1915 (a), 1915 (b), 1932 (a) o 1115 (a) de la Ley.

Posible afiliado significa un beneficiario de Medicaid que está sujeto a la inscripción obligatoria o puede elegir voluntariamente inscribirse en una entidad determinada de MCO, PIHP, PAHP, PCCM o entidad PCCM, pero que aún no está afiliado a una entidad específica de MCO, PIHP, PAHP, PCCM o entidad PCCM.

Proveedor significa cualquier persona o entidad que se dedica a la prestación de servicios, u ordena o remite para esos servicios, y está legalmente autorizada para hacerlo por el Estado en el que presta los servicios.

Proveedor no participante hace referencia a cualquier proveedor con un acuerdo de proveedor ODM que no tiene un contrato con un Plan OhioRISE, pero brinda servicios de cuidado de la salud a los afiliados de un Plan OhioRISE.

Proveedor participante hace referencia a cualquier proveedor, grupo de proveedores o entidad que tiene un contrato de proveedor de la red con el Plan OhioRISE de conformidad con la regla 5160-26-05 del Código Administrativo y recibe financiamiento de Medicaid directa o indirectamente para ordenar, referir o prestar servicios cubiertos como resultado del acuerdo o contrato de proveedor del Plan OhioRISE con ODM.

Queja formal hace referencia a la expresión de insatisfacción de un afiliado sobre cualquier asunto que no sea una determinación adversa de beneficios. Por ejemplo, las quejas formales pueden incluir información relacionada con la calidad del cuidado o los servicios prestados, aspectos de las relaciones interpersonales, como si un proveedor o empleado fue

irrespetuoso, o la falta de respeto a los derechos del afiliado, independientemente de si se solicita una acción correctiva. La queja formal incluye el derecho de un afiliado a impugnar una prórroga propuesta por un evaluador del cuidado médico (MCE, por sus siglas en inglés) para tomar una decisión de autorización.

Red hace referencia a los proveedores contratados del Plan OhioRISE disponibles para los afiliados de los planes OhioRISE.

Referido cuando su PCP lo envía a otro proveedor de cuidado de la salud.

Servicios de cuidado médico posterior a la estabilización significa servicios cubiertos relacionados con una afección médica de emergencia que un proveedor de tratamiento considera necesario por razones médicas después de que una afección médica de emergencia se haya estabilizado para mantener la afección estabilizada, o bajo las circunstancias descritas en 42 C.F.R. 422.113 (1 de octubre de 2019) para mejorar o resolver la condición del afiliado.

Servicios de hospicio hace referencia a una agencia pública, una organización privada o una subdivisión de cualquiera de ellas, sujetas a las condiciones de participación de conformidad con la Parte 418 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR, por sus siglas en inglés) (1 de octubre de 2017), autorizada en el estado de Ohio y aprobada por el Departamento de Medicaid de Ohio (ODM, por sus siglas en inglés) para brindar cuidado a personas con enfermedades terminales. (5160-56-01(V)).

Servicios en casos de emergencia significa servicios cubiertos para pacientes hospitalizados, servicios ambulatorios o servicios de transporte médico que son proporcionados por un proveedor acreditado y son necesarios para evaluar, tratar o estabilizar una afección médica de emergencia. Como se usa en este capítulo, los proveedores de servicios en casos de emergencia también incluyen médicos u otros profesionales de la salud o centros de cuidado de la salud que no están bajo empleo o bajo acuerdo contractual con una MCO.

Servicios excluidos hace referencia a los servicios de salud que el Plan OhioRISE no paga ni cubre.

Servicios médicos (L) “Practicante de servicios médicos”: son médicos, podólogos, dentistas, especialistas en enfermería clínica, personal de enfermería y parteras con certificación, profesionales de enfermería practicante certificados o asistentes médicos. (5160-2-02(L)).

Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) significa servicios y apoyos proporcionados a beneficiarios de todas las edades que tienen limitaciones funcionales o enfermedades crónicas que tienen el propósito principal de apoyar la capacidad del beneficiario para vivir o trabajar en el entorno de su elección, que puede incluir el hogar de la persona, un lugar de trabajo, un entorno residencial propiedad o controlado por el proveedor, un centro de enfermería u otro entorno institucional.

Subcontratista significa una persona o entidad que tiene un contrato con una entidad MCO, PIHP, PAHP o PCCM que se relaciona directa o indirectamente con el cumplimiento de las obligaciones de la entidad MCO, PIHP, PAHP o PCCM en virtud de su contrato con el Estado. Un proveedor de la red no es un subcontratista en virtud del acuerdo de proveedor de red con una MCO, un PIHP o un PAHP.

Transporte médico de emergencia hace referencia al transporte, en ambulancia, de personas enfermas, lesionadas o incapacitadas que requieren cuidado médico de emergencia.

Servicios y dispositivos de habilitación hace referencia a los servicios diseñados para ayudar a las personas a adquirir, retener y mejorar las habilidades de autoayuda, socialización y adaptación necesarias para vivir sin problemas en sus hogares y otros entornos comunitarios.

Seguro de salud hace referencia a un contrato que requiere que su Plan OhioRISE pague algunos o todos los costos de los cuidados de su salud a cambio de una prima.

Cómo utilizar este manual

Este manual:

- Incluye información que debe conocer como afiliado de Humana Healthy Horizons in Ohio.
- Es su guía para los servicios de salud y bienestar para los cuales puede ser elegible.
- Le indica los pasos a seguir para que el plan le resulte útil.

Las primeras páginas le informarán sobre lo que necesita saber de inmediato. Utilice estos datos como referencia o verifíquelos a medida que los necesite.

Si tiene preguntas:

- Consulte este manual.
- Visite espanol.humana.com/HealthyOhio.
- Pregúntele a su PCP, si la pregunta es sobre salud y bienestar.
- Llame a Servicios para afiliados al 877-856-5702 (TTY: 711), de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m., hora del este.

Cómo funciona el cuidado administrado

El plan, nuestros proveedores y usted

- Muchas personas obtienen sus beneficios de salud a través del cuidado administrado, que funciona como un hogar central para su salud. El cuidado administrado ayuda a coordinar y administrar todas sus necesidades de cuidado de la salud.
- Humana Healthy Horizons in Ohio tiene un contrato con el Departamento de Medicaid de Ohio (ODM) para satisfacer las necesidades de cuidado de la salud

de las personas en Ohio. A su vez, Humana Healthy Horizons in Ohio se asocia con un grupo de proveedores de cuidado de la salud para ayudarnos a satisfacer sus necesidades. Estos proveedores (por ejemplo, médicos, terapeutas, especialistas, hospitales, proveedores de cuidado domiciliario y otros centros de cuidado de la salud) conforman nuestra red de proveedores.

- La red de proveedores de Humana Healthy Horizons in Ohio está ahí para apoyarle. La mayoría de las veces, el proveedor que más ve para su cuidado de la salud es su PCP. Su PCP puede ayudarle si necesita programar una prueba, ver a un especialista o ir al hospital.
- Su PCP tendrá un sistema en caso de que necesite cuidado después del horario de atención o los fines de semana. Si llama y tiene que dejar un mensaje, incluya su información de contacto. Su PCP le devolverá la llamada lo antes posible. A pesar de que su PCP es su principal fuente de cuidado de la salud, en algunos casos, puede acudir a otros médicos para algunos servicios sin consultar con su PCP.
- Es importante construir una buena relación con su PCP tan pronto como pueda. Su PCP asignado o elegido querrá conocerle y comprender sus necesidades de cuidado de la salud. Durante los primeros días de su inscripción en Humana Healthy Horizons in Ohio:
 - Llame al consultorio de su PCP para programar una consulta.
 - Lleve sus expedientes médicos a su primera consulta o pídale a su médico anterior que envíe sus registros a su nuevo médico antes de la misma.

Directorio de proveedores

El Directorio de proveedores enumera todos nuestros proveedores de la red que puede utilizar para recibir servicios.

Puede solicitar un Directorio de proveedores impreso llamando a Servicios para afiliados o devolviendo la tarjeta postal que recibió con el material para nuevos afiliados, que incluye su tarjeta de identificación (ID) del afiliado. También puede visitar nuestro sitio web en espanol.humana.com/ohioproviderdirectories para ver información actualizada de la red de proveedores o llamar a Servicios para afiliados al 877-856-5702 (TTY: 711) de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m., hora del este para obtener ayuda.

Buscador de médicos (Encontrar un médico)

Nuestro servicio en línea Encontrar un médico tiene información sobre las opciones de cuidado en su área, incluyendo:

- Proveedores de la red.
- Otros centros de cuidado de la salud.
- Farmacias.
- Clínicas minoristas.
- Especialistas.

- Centros de cuidado de urgencia.

Puede acceder a nuestro servicio en línea Encontrar un médico en espanol.humana.com/FindADoctor.

Telesalud

La telesalud es la prestación directa de cuidado de la salud mediante audio o video. En lugar de venir al consultorio para su cita, se queda en su casa u oficina y usa su teléfono inteligente, tableta o computadora para ver y hablar con sus profesionales médicos y de salud del comportamiento. No hay costo para usar la telesalud, y ésta elimina el estrés de necesitar servicios de transporte.

Puede ver a profesionales médicos y de salud del comportamiento a través de la telesalud para muchas enfermedades y lesiones, afecciones de salud comunes, citas de seguimiento y pruebas de detección, así como para recetar medicamentos.

Consulte con sus proveedores para ver si ofrecen telesalud.

Servicios para afiliados

En caso de una emergencia médica, llame al 911. Podemos ayudarle para la mayoría de las inquietudes o preguntas que no sean de emergencia.

Nuestro equipo de Servicios para afiliados está aquí para usted de lunes a viernes, de 7 a.m. a 8 p.m., hora del este, y puede:

- Responder preguntas sobre beneficios, referidos y servicios.
- Solicitar que se le envíe una nueva tarjeta de identificación del afiliado por correo.
- Decirle si un servicio que su médico quiere que tenga necesita autorización previa.
- Actualizar sus registros, si desea ver un PCP diferente al PCP que se le asignó.

Si usted está o queda embarazada, su hijo pasará a formar parte de Humana Healthy Horizons in Ohio el día de su nacimiento. Nuestro equipo de Servicios para afiliados o su Departamento de Salud del Estado de Ohio local pueden ayudarla a encontrar un médico que cuide de usted y su bebé antes de que nazca.

Puede comunicarse con Servicios para afiliados al 877-856-5702 (TTY: 711). Para recibir un servicio con más rapidez, tenga su número de identificación de afiliado disponible. Su número de identificación de afiliado está en su tarjeta de identificación del afiliado.

Si el inglés no es su idioma principal (o si lee esta información a alguien que no sabe leer en inglés), podemos ayudarle. Tenemos un grupo de personas que pueden compartir información sobre sus beneficios y cobertura de salud en su idioma preferido.

Si usa una silla de ruedas o tiene dificultades para oír o entender, o si está leyendo esto para alguien que es ciego, sordociego o tiene dificultad para ver, podemos ayudar. Podemos informarle si el consultorio de un médico es apto para sillas de ruedas o cuenta con dispositivos de comunicación especiales.

También se ofrecen los siguientes servicios:

- Máquina TTY – Nuestro número de teléfono TTY es 711.
- Información en letra grande.
- Ayudarle a organizar el transporte a las citas de cuidado de la salud.
- Nombres y direcciones de proveedores que se especializan en el tratamiento de personas con su afección.

Hacemos que las respuestas a las preguntas más frecuentes estén disponibles en español. humana.com/HealthyOhio. Allí puede encontrar información sobre:

- Beneficios o elegibilidad.
- Servicios cubiertos y cómo usarlos.
- Obtener una nueva tarjeta de identificación del afiliado.
- Denunciar la pérdida de una tarjeta de identificación del afiliado.
- Seleccionar o cambiar su PCP.
- Ayuda disponible para afiliados que no hablan o leen bien en inglés.
- Ayuda para afiliados que no entienden la información debido a problemas de visión o audición.
- Presentar una queja formal.

Háganos saber si su información cambia

Queremos asegurarnos de que siempre podamos comunicarnos con usted con respecto al cuidado de su salud. Como no queremos que deje de ser afiliado, es realmente importante para nosotros saber si cambia la información de su solicitud. Debe informar cualquier cambio al Departamento de Medicaid de Ohio (ODM). No informar los cambios puede resultar en la pérdida de beneficios médicos. Estos son algunos ejemplos de cambios que debe informar:

- Cambio de dirección física/postal o cambio en la información de contacto.
- Cambios en los ingresos del hogar (por ejemplo, aumento o disminución de las horas de trabajo, aumento de la tasa de pago, cambio en el trabajo por cuenta propia, comenzar un nuevo trabajo, abandono de un trabajo, etc.).
- El tamaño del grupo familiar o los cambios en la relación (por ejemplo, alguien se muda o se va de su domicilio, se casa o se divorcia, queda embarazada, tiene un bebé, etc.).
- Usted u otros afiliados califican para otra cobertura de salud (por ejemplo, seguro de salud de un empleador, Medicare, Tricare, etc.).
- Modificaciones en la situación migratoria.
- Estar en la cárcel o en prisión.

- Comienza a presentar una declaración de impuestos federal sobre la renta o deja de presentarla.
- Modificaciones en su declaración de impuestos federales sobre la renta (por ejemplo, una modificación en sus dependientes o un cambio en la tasación de los ingresos sujetos al pago de impuestos en la primera página del formulario de impuestos sobre la renta).

Comuníquese con Servicios para afiliados para cualquiera de los anteriores al 877-856-5702 (TTY: 711).

Aviso de pérdida del seguro

Cada vez que pierda el seguro de salud, debe recibir un aviso, conocido como certificado de cobertura válida, de su antigua compañía de seguros. Este aviso dice que ya no tiene seguro. Guarde una copia de este aviso porque es posible que se le pida que proporcione una copia.

Otros Seguros de Salud (Coordinación de Beneficios, COB)

Si usted o alguien de su familia tiene seguro de salud con otra compañía, es muy importante que llame a Servicios para afiliados y a su trabajador social del condado y les informe sobre el seguro. Por ejemplo, si usted trabaja y tiene seguro de salud o si sus hijos tienen seguro de salud a través de su otro padre, debe llamar a Servicios para afiliados. También es importante informar a Servicios para afiliados y a su trabajador social del condado si ha perdido el seguro de salud que informó anteriormente. No darnos esta información puede causar problemas a la hora de recibir cuidado y con el pago de facturas médicas.

Renovación automática de la membresía de MCO

Si pierde su elegibilidad para Medicaid, pero se inicia nuevamente dentro de los 90 días, automáticamente volverá a ser un afiliado de Humana Healthy Horizons in Ohio.

Servicios de intérprete

¿Hay algún afiliado de Humana Healthy Horizons in Ohio en su familia que:

- no habla inglés?
- tiene problemas de audición o visión?
- tiene problemas para leer o hablar inglés?

En caso afirmativo, podemos ayudarle. Humana Healthy Horizons in Ohio ofrece intérpretes de lenguaje de señas y de idiomas (por ejemplo, en persona, interpretación remota por video o por teléfono) sin costo alguno en todos los puntos de contacto de Humana. Se ofrecen servicios de interpretación oral en más de 200 idiomas.

Si necesita asistencia para comunicarse con nosotros o con un proveedor de cuidado de la salud, podemos ayudarle. Comuníquese con Servicios para afiliados. Todos los puntos de contacto de Humana disponen de servicios de intérprete y pueden ayudarle con las quejas formales o las apelaciones. Consulte las secciones de quejas formales y apelaciones dentro del manual para obtener más información sobre quejas y apelaciones.

Disponemos de material impreso en inglés y en español. Los materiales se pueden leer por teléfono en más de 200 idiomas y están disponibles en formatos alternativos impresos (braille, letra grande, PDF accesible y en cadena) y audio sin costo para usted. Simplemente llámenos al 877-856-5702 (TTY: 711) o el servicio de Conserjería para accesibilidad al 877-320-2233 para solicitar formatos alternativos o servicios de intérprete (en persona, interpretación remota por video o por teléfono).

Ayuda y servicios auxiliares

Si tiene alguna discapacidad auditiva, visual o del habla, tiene derecho a recibir información sobre el plan de salud, el cuidado de la salud y los servicios en un formato que pueda entender y al que pueda acceder. Proporcionamos ayuda y servicios gratuitos para que las personas puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros, tales como estos:

- Máquina TTY – Nuestro número de teléfono TTY es 711.
- Intérpretes de lenguaje de señas estadounidenses acreditados.
- Subtitulado.
- Información escrita en otros formatos (como letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).

Estos servicios están disponibles de forma gratuita para los afiliados con discapacidades. Para solicitar ayuda o servicios, llame a Servicios para afiliados al 877-856-5702 (TTY: 711), de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m., hora del este.

Humana Healthy Horizons in Ohio cumple con las leyes de derechos civiles federales y no excluye ni trata a las personas de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, religión o sexo. Si cree que Humana Healthy Horizons in Ohio no proporcionó estos servicios, puede presentar una queja formal.

Números de teléfono importantes

Servicios para afiliados (esto incluye al profesional que emite la receta, así como al proveedor)	877-856-5702 (TTY: 711)
Línea de consulta médica las 24 horas	866-376-4827
Línea de crisis de salud del comportamiento	800-720-9616 (TTY: 711) disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Manejo de casos	877-856-5702 (TTY: 711)
Servicios de Conserjería para accesibilidad	877-320-2233
Servicios dentales	877-856-5702 (TTY: 711)
Departamento de Salud y Servicios Humanos de Ohio	888-549-0820 (TTY: 888-842-3620)
Manejo de enfermedades	877-856-5702 (TTY: 711)
Vista	877-856-5702 (TTY: 711)
Denunciar fraude, malgasto o abuso	800-372-2970
Solicitud de una audiencia justa de Medicaid del Estado	800-635-2570

Denuncias de sospechas de casos de abuso, negligencia, abandono o explotación de niños o adultos vulnerables	877-597-2331
Información sobre la violencia doméstica	800-799-7233 TTY: 800-787-3224
Transporte	Access2Care 855-739-5986 (TTY 866-288-3133)

Parte I: Lo primero que debe saber

Elegir un proveedor de cuidado primario (PCP)

Debe elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) del Directorio de proveedores de Humana Healthy Horizons in Ohio. Su PCP es un proveedor individual o un grupo de proveedores capacitado en medicina familiar (práctica general), medicina interna o pediatría.

Su PCP trabajará con usted para dirigir el cuidado de su salud. Su PCP le realizará exámenes médicos, le dará inyecciones y tratará la mayoría de sus necesidades de cuidado de la salud de rutina. Si es necesario, su PCP le recomendará que visite proveedores o especialistas o que se le admita en el hospital.

Puede comunicarse con su PCP con solo llamar al consultorio del PCP. El nombre y el número de teléfono de su PCP están impresos en su tarjeta de identificación de Humana Healthy Horizons in Ohio.

Si prefiere tener un PCP que tenga el mismo origen cultural, étnico o racial que usted, llame a Servicios para afiliados para preguntar si hay alguien en la red.

Cambio de su PCP

Puede cambiar su PCP en cualquier momento. Si cambia su PCP, la modificación entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a la fecha del cambio.

Formas en que puede cambiar su PCP:

- En cualquier momento a través de su cuenta MyHumana.
- Llamando a Servicios para afiliados al 877-856-5702 (TTY: 711).

Humana Healthy Horizons in Ohio le enviará una tarjeta de identificación actualizada para informarle del cambio de su PCP y la fecha en que puede comenzar a ver el nuevo PCP.

Para conocer los nombres de los PCP en Humana Health Horizons in Ohio, puede buscar en su Directorio de proveedores si solicitó una copia impresa, en nuestro sitio web en español. humana.com/ohioproviderdirectories, o puede llamar a servicios para afiliados de Humana Healthy Horizons in Ohio al 877-856-5702 (TTY: 711) para obtener ayuda. También puede visitar nuestro servicio en línea Encontrar un médico en espanol.humana.com/FindADoctor para ver a los médicos en su área que ofrecen servicios de PCP y que pueden ser adecuados para usted.

Nosotros:

- Actualizaremos sus registros para reflejar este nuevo PCP.
- Le enviaremos una nueva tarjeta de identificación del afiliado con la información de su nuevo PCP.

Puede ver este nuevo PCP a partir del día en que nos notifica el cambio y actualizamos sus registros, lo que generalmente podemos hacer durante la misma llamada telefónica.

Podemos comunicarnos con usted si vemos que recibe servicios de un PCP que no figura en su tarjeta de identificación del afiliado. Humana quiere asegurarse de que obtenga los servicios del PCP que tenemos en sus registros.

Algunas veces, los PCP nos informan que se mudan, se retiran de la profesión o abandonan nuestra red. Esto se denomina renuncia voluntaria. Si ocurriera esto con su PCP, se lo informaremos por correo postal dentro de los 15 días y le ayudaremos a buscar otro médico.

Humana Healthy Horizons in Ohio puede solicitarle que cambie su PCP si su proveedor dice que ya no puede ser su médico.

Casos especiales

- Si recibe Medicare y Medicaid (doble elegibilidad), lo que significa que tiene cobertura de Medicare (a través de Humana u otro plan de salud) y cobertura a través de Humana Healthy Horizons in Ohio, no es necesario que elija un PCP de Humana.
- Si se le considera presuntamente elegible, no tiene que elegir un PCP. Tenga en cuenta que: Asignaremos a los afiliados presuntamente elegibles un PCP, pero estos afiliados no están obligados a ver el PCP que asignamos.

Cuando no elige un PCP

A todos los afiliados se les asigna un PCP en el momento de su inscripción. Si no desea elegir un PCP diferente, no haga nada. Puede consultar al PCP que le asignamos. Puede encontrar el nombre y la información de contacto de su PCP en su tarjeta de identificación del afiliado. Puede consultar a su PCP a partir de su primer día de inscripción en Humana Healthy Horizons in Ohio.

Obtener cuidado de la salud regular

Sabemos que puede enfermarse o lesionarse sin ninguna advertencia. Visite a su PCP para recibir servicios de cuidado preventivo. Esto significa realizar visitas regulares a su médico incluso cuando no se sienta mal. Los chequeos, los análisis y las pruebas periódicos pueden ayudar a su médico a detectar y tratar problemas de manera temprana, antes de que se vuelvan graves.

Para la mayoría de los problemas, su PCP:

- Puede brindarle asesoramiento sobre su salud y objetivos de salud.
- Puede brindarle la atención que necesita (por ejemplo, exámenes, chequeos regulares, vacunas u otros tratamientos para mantenerlo sano).
- Puede referirlo al hospital o a un especialista cuando sea necesario.

- Puede atenderlo cuando está bien y cuando está enfermo.
- Es posible que pueda ofrecerle una consulta virtual (telesalud).

Los ejemplos de cuidado preventivo incluyen:

- Exámenes de detección de diabetes.
- Vacunas.
- Detección de la obesidad.
- Exámenes físicos de rutina para niños, adolescentes y adultos jóvenes, desde el nacimiento hasta los 21 años.

Consulte a su PCP si necesita atención para:

Dolor de espalda	Manejo del dolor
Resfrío y gripe	Tos persistente
Estreñimiento	Posible embarazo
Mareo	Erupción
Dolor de oídos	Agitación
Dolor de cabeza	Dolor de garganta
Presión arterial alta o baja	Inflamación de las piernas y los pies
Nivel de azúcar en la sangre alto o bajo	Retiro de los puntos de sutura
Dolor en las articulaciones	Secreción vaginal
Pérdida del apetito	

Debe visitar a su PCP dentro de los 90 días posteriores a unirse a Humana Healthy Horizons in Ohio. Cuando consulte a su médico:

- Siempre lleve su tarjeta de identificación del afiliado de Humana Healthy Horizons in Ohio y una identificación con foto.
- Hable con su médico sobre cualquier inquietud de cuidado de la salud que tenga.
- Hable con su médico sobre los medicamentos que toma.
- Prepare con anticipación cualquier pregunta que tenga para su médico.

Usted y su PCP trabajarán juntos para asegurarse de que se mantenga bien y reciba la atención que necesita.

Recuerde, su PCP lo conoce y sabe cómo funciona su plan de salud.

Su PCP se encargará de la mayoría de sus necesidades de cuidado de la salud, pero usted debe tener una cita para ver a su PCP. Si no puede asistir a una cita, llame al PCP para informarle al respecto.

Es importante que pueda visitar a un médico dentro de un período de tiempo razonable, según la finalidad de la cita. Cuando llame para programar una cita, use la siguiente Guía de citas para informarse sobre la cantidad de tiempo que quizás deba esperar para que le atiendan.

GUÍA DE CITAS	
SI LLAMA PARA ESTE TIPO DE SERVICIO:	SU CITA DEBE TENER LUGAR:
Cuidado preventivo para adultos (servicios como exámenes médicos rutinarios o vacunas)	Dentro de los 30 días
Servicios de cuidado de urgencia (cuidado para problemas como esguinces, síntomas de influenza o cortes y heridas menores)	Dentro de las 48 horas
Cuidado de emergencia o de urgencia solicitado después del horario habitual de atención al público	Inmediatamente (disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año) en una clínica de cuidado de urgencia (para cuidado de urgencia) o en una sala de emergencias (para cuidado médico en casos de emergencia)
Salud mental	
Servicios de rutina	Dentro de los 10 días hábiles
Servicios de cuidado de urgencia	Dentro de las 48 horas
Servicios en casos de emergencia (servicios para tratar una afección potencialmente mortal)	Inmediatamente (disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año)
Servicios móviles de gestión de crisis	Dentro de los 30 minutos
Trastornos por consumo de sustancias	
Servicios de rutina	Dentro de 4-12 semanas
Servicios de cuidado de urgencia	Dentro de las 48 horas
Servicios en casos de emergencia (servicios para tratar una afección potencialmente mortal)	Inmediatamente (disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año)

Si tiene problemas para obtener el cuidado que necesita dentro de los límites de tiempo descritos anteriormente, llame a Servicios para afiliados 877-856-5702 (TTY: 711). Si hace una cita, pero siente que necesita ver al médico antes de ella, llame al consultorio de su PCP para ver si puede obtener una cita más temprana. Es posible que le pidan que explique el motivo por el que quiere hablar con su médico.

Es importante cumplir con sus visitas programadas con los proveedores. A veces ocurren situaciones que le impiden asistir a su cita. Si tiene que cambiar o cancelar su cita, llame al consultorio del proveedor al menos 24 horas antes de su cita o tan pronto como pueda. Siempre es mejor informar al consultorio de su proveedor si no puede asistir.

Si llama al consultorio de su PCP y se le pide que deje un mensaje, asegúrese de dejar su nombre y toda información que se le pida (por ejemplo, número de devolución de llamada, fecha de nacimiento, etc.). Alguien del consultorio de su PCP le devolverá la llamada lo antes posible.

No se requiere que el afiliado sea referido

Su PCP es su hogar médico y debe coordinar el cuidado de su salud. Sin embargo, puede consultar a todos los proveedores de nuestra red, incluidos especialistas y hospitales para

pacientes internados. Como afiliado de Humana Healthy Horizons in Ohio, no necesita ser referido por su PCP para ver a un especialista o a los servicios de cuidado de la salud preventivos y de rutina para mujeres proporcionados por un especialista en salud de la mujer en nuestra red, siempre y cuando no haya alcanzado el límite de beneficios para el servicio.

Si ve a un médico que no es su PCP y su PCP no le dijo que viera al otro médico, informe a su PCP sobre la consulta al médico.

Puede consultar a cualquier proveedor que no pertenezca a la red sin autorización para lo siguiente:

- Cuidado médico en casos de emergencia.
- Servicios de planificación familiar proporcionados por proveedores de planificación familiar acreditados (p. ej., Planned Parenthood).

Todos los demás proveedores que no pertenezcan a la red deben tener autorización previa de Humana Healthy Horizons in Ohio. Para que Humana Healthy Horizons in Ohio pague por un proveedor fuera de la red, debemos aprobar la solicitud de autorización previa.

Fuera de la red

Es importante recordar que debe recibir servicios cubiertos por Humana Healthy Horizons in Ohio de instalaciones y proveedores en la red de Humana Healthy Horizons in Ohio. Los proveedores de la red de Humana Healthy Horizons in Ohio acuerdan trabajar con su plan de salud para brindarle el cuidado necesario.

La única vez que puede usar proveedores que no están en Humana Healthy Horizons in Ohio es para:

- servicios en casos de emergencia,
- centros de salud con calificación federal (FQHC)/clínicas de salud rurales (RHC, por sus siglas en inglés),
- enfermeras parteras certificadas o enfermeras con licencia certificadas,
- proveedores de planificación familiar calificados,
- un proveedor fuera de la red que Humana Healthy Horizons in Ohio le ha aprobado consultar.

Emergencias de afiliados

Servicios en casos de emergencia

Los servicios en casos de emergencia son para un problema médico que debe ser tratado por un proveedor de inmediato. Cubrimos los servicios de emergencia tanto dentro como fuera del condado donde vive. Algunos ejemplos de cuándo se necesitan servicios en casos de emergencia incluyen: aborto espontáneo/embarazo con sangrado vaginal, violación, huesos rotos, sobredosis de medicamento, dolor intenso en el pecho, vómitos intensos, dificultad para respirar o sangrado no controlado. No tiene que comunicarse con Humana

Healthy Horizons in Ohio antes de recibir servicios en casos de emergencia. Si tiene una emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias (ER, por sus siglas en inglés) MÁS CERCANA u otro entorno de cuidado apropiado. No necesita autorización previa para los servicios en casos de emergencia. Usted tiene derecho a utilizar cualquier hospital de su elección para los servicios en casos de emergencia.

Si no está seguro de si necesita ir a la sala de emergencias, llame a su proveedor de cuidado primario (PCP). Su PCP o la línea de consulta médica al 866-376-4827 (TTY: 711) puede hablar con usted sobre su problema médico y asesorarle sobre lo que debe hacer.

Recuerde, si necesita servicios en casos de emergencia:

- Vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano u otro entorno apropiado. Dígales que es afiliado de Humana Healthy Horizons in Ohio y muéstreles su tarjeta de identificación del afiliado Humana Healthy Horizons in Ohio.
- Si el proveedor que trata su emergencia cree que necesita otro cuidado de la salud para tratar el problema que causó su emergencia, el proveedor debe llamar a Humana Healthy Horizons in Ohio.
- Asegúrese de llamar a su PCP o a Servicios para afiliados para informarles que fue a la sala de emergencias para que puedan ayudarle a coordinar cualquier servicio de seguimiento.
- Si es admitido en un hospital, asegúrese de llamar a Humana Healthy Horizons in Ohio dentro de las 24 horas.

Afección médica de emergencia significa una afección médica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido el dolor severo) tal que un lego prudente con un conocimiento promedio de la salud y la medicina, podría esperar razonablemente que la ausencia de cuidado de la salud inmediato resulte en cualquiera de los siguientes: poner en grave peligro la salud de la persona (o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su hijo por nacer); deterioro grave de las funciones corporales; o disfunción grave de cualquier órgano o parte corporal.

Servicios en casos de emergencia significa servicios cubiertos para pacientes hospitalizados, servicios ambulatorios o servicios de transporte médico que son proporcionados por un proveedor acreditado y son necesarios para evaluar, tratar o estabilizar una afección médica de emergencia. Como se usa en este capítulo, los proveedores de servicios en casos de emergencia también incluyen médicos u otros profesionales de la salud o centros de cuidado de la salud que no están bajo empleo o bajo acuerdo contractual con una MCO.

Cuidado médico posterior a la estabilización

Servicios de cuidado médico posterior a la estabilización significa servicios cubiertos relacionados con una afección médica de emergencia que un proveedor de tratamiento considera necesario por razones médicas después de que una afección médica de emergencia se haya estabilizado para mantener la afección estabilizada, o bajo las circunstancias descritas en 42 C.F.R. 422.113 (1 de octubre de 2019) para mejorar o resolver la afección del afiliado.

El cuidado posterior a la estabilización es el cuidado que recibe después de recibir servicios médicos de emergencia y está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Este

cuidado le ayuda a sanar o a mejorar su problema de salud, o a evitar que empeore. No importa si recibe cuidado médico en casos de emergencia dentro o fuera de nuestra red. Cubriremos los servicios necesarios por razones médicas después de una emergencia. Debe recibir cuidado hasta que su afección se estabilice.

Cuidado de urgencia

Puede que tenga una lesión o una enfermedad que no es de emergencia, pero que de todos modos necesita cuidado inmediato. Los centros de cuidado de urgencia son:

- **Convenientes:** la mayoría abre temprano, cierra tarde y tiene horarios de atención para fines de semana.
- **Rápidos:** no necesita cita.
- **Atendidos por profesionales capacitados:** puede recibir tratamiento para una variedad de problemas, incluidos síntomas urgentes similares a la gripe, dolor de estómago moderado, pequeños cortes, lesiones menores, diarrea continua, un niño con dolor de oído que se despierta en medio de la noche y no deja de llorar y sibilancias.

Puede ir a una clínica de cuidado de urgencia para recibir cuidado ese mismo día o programar una cita para el día siguiente. Ya sea que se encuentre en casa o de viaje, llame a su PCP a cualquier hora, de día o de noche. Si no puede comunicarse con su PCP, llame a Servicios para afiliados. Infórmele a la persona que responde lo que está sucediendo. Esta persona le dirá qué hacer.

Lesión o enfermedad accidental (subrogación)

Si tiene que ver a un médico por una lesión o enfermedad causada por otra persona o empresa, debe llamar a Servicios para afiliados para informarnos. Por ejemplo, si se lastima en un accidente automovilístico, por una mordedura de perro o si se cae y se lastima en una tienda, es posible que otra compañía de seguros tenga que pagar por el cuidado o los servicios que recibió. Cuando nos llame, proporcione el nombre de la persona responsable, su compañía de seguros y el nombre del abogado involucrado.

Todos los demás servicios

Si no puede localizar un proveedor de la red, un proveedor fuera de la red de su elección puede enviar una autorización fuera de la red a Humana Healthy Horizons in Ohio para su revisión.

Segundas opiniones

Usted tiene derecho a una segunda opinión sobre su tratamiento, incluidos los procedimientos quirúrgicos y el tratamiento de afecciones complejas o crónicas. Una segunda opinión significa conversar con un médico diferente sobre un problema para conocer su punto de vista. Esto puede ayudarle a decidir si determinados servicios o tratamientos son adecuados para usted. Infórmele a su PCP si desea tener una segunda opinión.

Puede elegir a cualquier médico tanto dentro como fuera de nuestra red para tener una segunda opinión sin costo. Si no puede encontrar un médico en nuestra red, le ayudaremos

a hacerlo. Si necesita ver a un médico que no está en la red de Humana Healthy Horizons in Ohio para obtener una segunda opinión, el proveedor de tratamiento puede enviar una autorización previa para su revisión.

Todos los estudios que se realice para obtener una segunda opinión deben ser solicitados por un médico que pertenezca a nuestra red. Los estudios solicitados por el médico que le ofrece una segunda opinión deben tener la aprobación previa de Humana Healthy Horizons in Ohio. Su PCP analizará la segunda opinión y le ayudará a decidir el mejor tratamiento.

Cuidado fuera de Ohio

En algunos casos, podemos pagar por los servicios de cuidado de la salud que recibe de un proveedor ubicado a lo largo de la frontera de Ohio o en otro estado. Humana Healthy Horizons in Ohio y su PCP pueden brindarle más información sobre qué proveedores y servicios están cubiertos fuera de Ohio y cómo puede acceder a ellos si es necesario.

- Si necesita cuidado médico en casos de emergencia mientras viaja a cualquier lugar dentro de los Estados Unidos, pagaremos por su cuidado.
- No pagaremos por el cuidado que reciba fuera de los Estados Unidos.

Si tiene alguna pregunta sobre cómo obtener cuidado fuera de Ohio o los Estados Unidos, hable con su PCP o llame a Servicios para afiliados al 877-856-5702 (TTY: 711).

Parte II: Sus beneficios: Qué cubre el plan para afiliados de Humana Healthy Horizons in Ohio

Servicios cubiertos por Humana Healthy Horizons in Ohio

Como afiliado de Humana Healthy Horizons in Ohio, recibirá todos los servicios cubiertos por Medicaid necesarios por razones médicas sin costo para usted. Necesario por razones médicas significa que necesita los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica. Hable con su PCP o llame a Servicios para afiliados si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con cualquier servicio de salud.

Humana Healthy Horizons in Ohio proporciona servicios cubiertos a través de un acuerdo de proveedor con el Departamento de Medicaid de Ohio (ODM). Si tiene preguntas, comuníquese con el Departamento de Medicaid de Ohio (ODM) al 800-324-8680 (TTY: 800-292-3572) o Servicios para afiliados al 877-856-5702.

Todos los servicios de cuidado de la salud necesarios por razones médicas deben obtenerse a través de la red de proveedores de Humana Healthy Horizons in Ohio, con la excepción del cuidado médico en casos de emergencia. Consulte la sección Servicios en casos de emergencia para obtener más información.

- Acupuntura para tratar ciertas afecciones.
- Servicios de alergia.
- Transporte en ambulancia y furgoneta en silla de ruedas.

- Servicios para la salud del comportamiento (incluido el tratamiento de trastornos de salud mental y uso de sustancias).
- Servicios de enfermera partera certificada.
- Servicios de enfermería con licencia certificada.
- Servicios de quimioterapia.
- Servicios quiroprácticos (espalda).
- Servicios dentales.
- Servicios de terapia del desarrollo para niños desde el nacimiento hasta los seis años.
- Servicios de diagnóstico (radiografías, laboratorio).
- Equipo médico duradero (**extractor de leche, bolsas de almacenamiento de leche materna, ayuda para caminar, presión arterial**).
- Servicios en casos de emergencia.
- Servicios y suministros de planificación familiar.
- Servicios de centro de parto independiente en un centro de parto independiente plans should include in the explanation that members should call to see if there are any qualified centers in Ohio or name the specific center(s).
- Centros de salud con calificación federal (FQHC) o clínicas de salud rurales (RHC).
- Servicios ginecológicos (ginecología y obstetricia).
- Servicios de salud en el hogar.
- Cuidado de hospicio.
- Servicios hospitalarios para pacientes internados.
- Servicios de terapia de nutrición médica (MNT, por sus siglas en inglés).
- Servicios de centros de enfermería. (Cubriremos su estadía en un centro de enfermería siempre y cuando no haya sido trasladado a Medicaid de pago por servicio bajo el Departamento de Medicaid de Ohio. Si necesita servicios de enfermería, llame a Servicios para afiliados para obtener información sobre los proveedores disponibles).
- Atención de maternidad: prenatal y posparto, incluidos los servicios de embarazo de riesgo.
- Servicios de hospital para pacientes ambulatorios.
- Servicios farmacéuticos (conforme al beneficio médico).
- Servicios de un médico.
- Terapia física y ocupacional.

- Examen físico requerido para el empleo o para la participación en programas de capacitación laboral si el examen no es proporcionado de forma gratuita por otra fuente.
- Servicios de podología (pie).
- Medicamentos recetados, incluidos ciertos medicamentos recetados de venta libre.
- Mamografía preventiva de cáncer de mama y exámenes de detección de cáncer de cuello uterino.
- Servicios para proveedores de cuidado primario.
- Servicios de diálisis renal (enfermedad renal).
- Servicios de relevo (para afiliados menores de 21 años que tienen necesidades de cuidado a largo plazo o de salud del comportamiento).
- Detección y asesoramiento para la obesidad.
- Servicios para niños con discapacidades médicas (Título V).
- Inyecciones (vacunas).
- Servicios de especialista (los planes pueden añadir).
- Servicios del habla y para la audición, incluidos audífonos.
- Servicios de telesalud (algunos ejemplos de servicios disponibles a través de la telesalud son las consultas al médico de pacientes nuevos o establecidos, los servicios de salud mental y trastornos por uso de sustancias, los servicios de nutrición médica y el asesoramiento para dejar de fumar. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para afiliados).
- Servicios para dejar de fumar, incluido el asesoramiento para dejar de fumar y medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) para dejar de fumar. (Llame al 1-800-QUIT-NOW para obtener más información o para inscribirse).
- Servicios de visión (óptica), incluidos anteojos.
- Exámenes de niño sano (Healthchek) para niños menores de 21 años.
- Exámenes anuales para adultos sanos.

Transporte

Si debe viajar 30 millas o más desde su hogar para recibir servicios de cuidado de la salud cubiertos, Humana Healthy Horizons in Ohio proporcionará transporte hacia y desde el consultorio del proveedor. Llame al 855-739-5986 (TTY 866-288-3133) para obtener ayuda.

Además de la asistencia de transporte que proporciona Humana Healthy Horizons in Ohio, puede obtener transporte para ciertos servicios a través del programa de transporte de no emergencia (NET, por sus siglas en inglés) del departamento de trabajo y servicios familiares

del condado local. Llame al departamento de servicios laborales y familiares de su condado para hacer preguntas u obtener asistencia con los servicios de NET.

Los afiliados pueden obtener transporte a los servicios cubiertos por Medicaid a través del proveedor de transporte médico de no emergencia de Humana Healthy Horizons llamando al 855-739-5986. Las citas de rutina deben programarse con un mínimo de 48 horas hábiles (2 días hábiles completos). Se aceptan reservaciones de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este.

Los afiliados menores de 21 años pueden tener opciones de transporte adicionales, comuníquese con Servicios para afiliados al 877-856-5702 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 7 a.m. a 8 p.m., hora del este.

Medicamentos recetados

Los afiliados de una MCO usarán Gainwell para procesar reclamaciones de recetas y deberán consultar el manual para afiliados de Gainwell, [SPBM Member Handbook.pdf \(ohio.gov\)](#), para obtener asistencia.

Programa de servicios coordinados (CSP)

Es posible que vea diferentes profesionales que emiten recetas para diferentes necesidades de cuidado de la salud. Cada profesional que emite recetas puede recetar diferentes medicamentos, y usar una farmacia puede ayudar a garantizar que reciba el mejor cuidado posible.

Si usted es elegible para este programa, trabajaremos con usted y su proveedor para que sus recetas se transfieran a una farmacia para la presentación de recetas sea lo más fácil posible.

Una ubicación de farmacia ayudará a proporcionar una mejor coordinación del cuidado de la salud para garantizar que esté recibiendo los medicamentos adecuados para mantenerse saludable. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nosotros.

- Teléfono: 855-330-8054, de 8 a.m. a 5:30 p.m., hora del este. Después del horario de atención, deje un correo de voz con el nombre del afiliado, el número de identificación del afiliado de Humana, el número de caso, el número de teléfono de contacto y una descripción detallada de su solicitud.
- Fax: 502-996-8184
- Correo electrónico: CPORM@humana.com

Servicios no cubiertos por Humana Healthy Horizons in Ohio

Humana Healthy Horizons in Ohio no pagará por los servicios o suministros recibidos que no estén cubiertos por Medicaid:

- Todos los servicios o suministros que no son necesarios por razones médicas.
- Estudios de paternidad.

- Servicios para encontrar la causa de la muerte (autopsia) o servicios relacionados con estudios forenses.

Servicios de suicidio asistido, definidos como servicios con el propósito de causar, o ayudar a causar, la muerte de una persona.

Si tiene alguna pregunta sobre si un servicio está cubierto, llame a Servicios para afiliados al 877-856-5702 (TTY: 711), de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m., hora del este.

Servicios no cubiertos por Humana Healthy Horizons in Ohio a menos que sea necesario por razones médicas

Regulaciones de Humana Healthy Horizons in Ohio y realizar una revisión de la necesidad médica si es necesario.

Humana Healthy Horizons in Ohio no pagará por los siguientes servicios que no están cubiertos por Medicaid **a menos que se determine que son necesarios por razones médicas:**

- Abortos, excepto en el caso de una violación denunciada, incesto o para salvar la vida de la madre.
- Servicios de biorretroalimentación.
- Servicios y procedimientos experimentales, incluidos medicamentos y equipos, no cubiertos por Medicaid y que no están de acuerdo con las normas de práctica habituales.
- Servicios de infertilidad para hombres o mujeres, incluida la reversión de las esterilizaciones voluntarias.
- Tratamiento de paciente internado para dejar de consumir drogas o alcohol (los servicios de desintoxicación para pacientes hospitalizados en un hospital general están cubiertos).
- Cirugía plástica o estética.
- Servicios para el tratamiento de la obesidad.
- Servicios determinados por Medicare u otro tercer pagador.
- Asesoramiento sexual o matrimonial.
- Esterilización voluntaria si es menor de 21 años o no puede consentir legalmente el procedimiento.

Limitaciones de frecuencia

Su organización de cuidado administrado revisará todas las solicitudes de servicios de su proveedor. Si tiene alguna pregunta sobre si un servicio está cubierto, llame a Servicios para afiliados al 877-856-5702 (TTY: 711), de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m., hora del este.

Copagos

No se requieren copagos para ningún servicio cubierto.

Servicios de coordinación del cuidado

Humana Healthy Horizons in Ohio ofrece servicios de coordinación del cuidado.

Los niños y adultos pueden beneficiarse de la coordinación del cuidado. Ofrecemos servicios de coordinación del cuidado a todos los afiliados que pueden beneficiarse de este servicio independientemente de su edad y en función de sus necesidades individuales. Los afiliados también pueden autorreferirse. Tenemos enfermeras registradas, trabajadores sociales y otros trabajadores de extensión que pueden trabajar con usted de manera personalizada para ayudar a coordinar su cuidado de la salud. Esta coordinación puede incluir ayudarle a encontrar los recursos comunitarios que necesita.

Podemos comunicarnos con usted si:

- Su médico nos pide que nos comuniquemos con usted.
- Usted nos pide que nos comuniquemos con usted.
- Nuestro personal considera que este servicio resultaría útil tanto a usted como a su familia.

Los servicios de Coordinación del cuidado de la salud pueden hacer lo siguiente:

- Coordinar sus citas y ayudarle a organizar el transporte hacia y desde el médico.
- Ayudarle a lograr sus metas para manejar mejor sus afecciones médicas actuales.
- Responder preguntas acerca del efecto de los medicamentos y cómo tomarlos.
- Hacer un seguimiento con sus médicos o especialistas sobre su cuidado.
- Conectarle con recursos útiles en su comunidad.
- Ayudarle a continuar recibiendo el cuidado que necesita si cambia de plan de salud o de médicos.
- Ayudarle a determinar cuándo obtener cuidado de la salud de parte de su PCP, cuidado de urgencia o una sala de emergencias.

Trabajaremos con una variedad de socios, incluidos sus médicos y otros apoyos en la comunidad para asegurarnos de que tenga todo lo que necesita para mejorar su salud y bienestar. Le preguntaremos sobre su salud actual específica, sus antecedentes de salud y su entorno para desarrollar un plan que podamos seguir para mantenerlo en un viaje saludable.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame a Servicios para afiliados al 877-856-5702 (TTY: 771).

Hay varios programas de coordinación del cuidado de la salud disponibles, entre ellos:

Coordinación del cuidado de la salud complejo

Los afiliados a Humana Healthy Horizons in Ohio pueden ser elegibles para recibir servicios de coordinación del cuidado de la salud complejo si son internados en varias oportunidades o si tienen necesidades médicas complejas que requieren asistencia frecuente y

permanente. La coordinación del cuidado de la salud complejo proporciona apoyo a los afiliados que tienen necesidades clínicas, conductuales, funcionales o sociales complejas, que tienen los factores de riesgo más altos, tales como varias afecciones, o toman varios medicamentos, y este apoyo se proporciona dentro de múltiples sistemas que, a menudo, tienen los costos más elevados. Un equipo de proveedores de cuidado de la salud, enfermeras, trabajadores sociales y socios de servicios comunitarios están disponibles para asegurarse de que se satisfagan sus necesidades, y se hacen los esfuerzos para mejorar y optimizar su salud y bienestar general. El programa de coordinación del cuidado de la salud complejo es voluntario. Para obtener información adicional sobre nuestro programa de coordinación del cuidado de la salud complejo, autorreferirse a cualquiera de nuestros programas de coordinación del cuidado de la salud, u optar por no participar en cualquiera de nuestros programas de coordinación del cuidado de la salud, comuníquese con nuestro equipo de Servicios para afiliados al 877-856-5702 (TTY: 711).

Programa HumanaBeginnings

Nuestro programa HumanaBeginnings ayuda a nuestras afiliadas embarazadas durante y después del embarazo. Adaptamos este programa a cada una de nuestras afiliadas embarazadas para asegurarnos de que reciban el cuidado que necesitan, como apoyo adicional de parte de una enfermera, recursos de embarazo y planificación familiar, y conectamos a los afiliados con beneficios adicionales del plan, como tarjetas de regalo. Llame a Servicios para afiliados al 877-856-5702 (TTY: 711) para obtener más información e inscribirse en el programa HumanaBeginnings.

Transiciones en el cuidado

Si está internado, nuestros administradores de cuidado pueden ayudarle antes de irse del hospital. Podemos:

- Responder todas sus preguntas con respecto a su salida del hospital.
- Responder sus preguntas sobre los medicamentos que le receta su médico.
- Ayudarle a programar las citas con su médico.
- Ayudarle a organizar la ayuda que necesite cuando regrese a su domicilio.
- Asistirle si hace la transición entre planes de seguro de salud.

Si usted o un familiar necesitan ayuda cuando usted regresa del hospital, o si usted necesita ayuda en la transición a su domicilio desde otros lugares donde recibió tratamiento, tenga a bien hacérselo saber. Puede comunicarse con Servicios para afiliados al 877-856-5702 (TTY: 711).

Tratamiento de afecciones crónicas

Humana Healthy Horizons in Ohio brinda a los afiliados apoyo para el cuidado de afecciones crónicas que incluye información educativa, establecimiento de metas y apoyo de coordinación para las consultas al médico. Estos servicios de cuidado ayudan a los afiliados a abordar posibles complicaciones, evitar complicaciones y mantener su salud. Podemos ayudarle a aprender sobre su afección y cómo puede cuidar mejor de su salud. Tenemos programas para lo siguiente:

- Asma
- Trastorno bipolar
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Diabetes
- Enfermedad del corazón
- VIH/SIDA
- Hipertensión
- Esquizofrenia

Podemos hacer esto:

- Ayudarle a comprender la importancia de controlar la enfermedad.
- Sugerirle cómo cuidar bien de sí mismo.
- Promover elecciones de estilo de vida saludables.

Para obtener información adicional sobre nuestro programa de coordinación del cuidado de la salud, autorreferirse a cualquiera de nuestros programas de coordinación del cuidado de la salud, u optar por no participar en cualquiera de nuestros programas de coordinación del cuidado de la salud, comuníquese con nuestro equipo de Servicios para afiliados al 877-856-5702 (TTY: 711).

Ayuda con problemas que no requieren cuidados médicos

Puede ser difícil enfocarse en su salud si tiene problemas con su vivienda o le preocupa tener suficiente comida para alimentar a su familia. Humana Healthy Horizons in Ohio puede conectarlo con recursos en su comunidad para ayudarle a manejar problemas más allá de su cuidado de la salud. Esto incluye inquietudes tales como las siguientes:

- Le preocupan sus condiciones de vivienda o de vida.
- Tiene dificultades para conseguir suficiente comida para alimentarse o alimentar a su familia.
- Tiene dificultades para acudir a las citas, al trabajo o a la escuela debido a problemas de transporte.
- Se siente inseguro o está experimentando violencia doméstica (llame al 911, si está en peligro inmediato).

Si necesita ayuda con estos problemas, contáctese con nuestro equipo de Servicios para afiliados al 877-856-5702 (TTY: 711).

Otros programas que le ayudarán a mantenerse saludable

Programa para dejar el tabaco

Si tiene 12 años o más y fuma o usa otros productos de tabaco, Humana Healthy Horizons in Ohio puede ayudarle a abandonar ese hábito. Dejar de fumar es una de las medidas más importantes que puede tomar para mejorar su salud y la salud de sus seres queridos. ¡No tiene ninguna razón para hacerlo solo! Le proporcionaremos un orientador. Su orientador le ayudará en su compromiso para dejar de fumar.

Su orientador le escuchará, le ayudará a entender sus hábitos y trabajará con usted para tomar medidas. Su médico también puede recomendarle medicamentos para probar. Para comunicarse con un orientador que pueda ayudarle a dejar de fumar, llame al equipo de inscripción de orientadores al 800-955-0783 y presione 1 para el orientador para dejar de fumar.

Programa de control de peso

Nuestro programa de control de peso ofrece tiempo personalizado con un orientador para ayudarle a alcanzar sus metas. Esto está disponible para cualquier afiliado de Medicaid mayor de 12 años. Para obtener más información, llame al 800-955-0783 y presione 2 para recibir orientación sobre el control de peso.

Consulte el gráfico Go365 for Humana Healthy Horizons™ para obtener más información.

Línea de consulta médica 24/7

Si necesita información u orientación con respecto a una afección de salud, puede comunicarse con nuestra línea de consulta médica las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esta línea le conectará con un enfermero/a registrado/a que puede trabajar con usted con respecto a su pregunta y brindarle orientación.

El número de línea de consulta médica 24/7 es 866-376-4827.

Nuestro personal de enfermería puede ayudarle a lo siguiente:

- Decidir si necesita realizar una consulta médica o ir a una sala de emergencias.
- Obtener información sobre estudios médicos o intervenciones quirúrgicas.
- Obtener información adicional sobre medicamentos recetados o medicamentos de venta sin receta.
- Aprender sobre una afección médica o un diagnóstico reciente.
- Aprender sobre nutrición y bienestar.
- Preparar una lista de preguntas para hacer al médico cuando le visite.

Servicios para la salud del comportamiento

Tiene a su disposición servicios de tratamiento de trastornos de salud mental y uso de sustancias. Estos servicios incluyen lo siguiente:

- Evaluación y valoración de diagnóstico.
- Evaluaciones psicológicas.
- Psicoterapia y asesoramiento.
- Intervención en casos de crisis.
- Servicios de salud mental que incluyen servicio terapéutico del comportamiento, rehabilitación psicosocial, tratamiento de apoyo psiquiátrico comunitario, tratamiento comunitario asertivo para adultos y tratamiento intensivo en el hogar para niños/adolescentes.
- Servicios de tratamiento de trastornos por uso de sustancias, que incluyen administración de casos, apoyo de recuperación entre pares, paciente ambulatorio intensivo, hospitalización parcial, tratamiento residencial y manejo de la abstinencia.
- Tratamiento asistido por medicamentos para la adicción.
- Servicios del programa de tratamiento con opioides.
- Servicios médicos.
- Servicios de enfermería de salud del comportamiento.

Si necesita servicios de tratamiento de salud mental o trastornos por uso de sustancias, Humana Healthy Horizons in Ohio se dedica a proporcionar los servicios individuales necesarios. Su PCP puede referirlo o puede referirse a sí mismo para tratamiento de salud mental o farmacodependencia.

Cuando sea necesario, nuestro Directorio de proveedores está disponible bajo solicitud. Este directorio es una lista de todos los médicos y proveedores que puede utilizar para obtener los servicios que necesita en su área. Puede acceder a esta información en nuestro sitio web espanol.humana.com/ohioproviderdirectories, o llamando a Servicios para afiliados al 877-856-5702.

Apoyo de crisis de salud del comportamiento

Para los afiliados que necesitan apoyo emocional, incluidos aquellos que experimentan una crisis de salud mental o uso de sustancias, el Departamento de Salud Mental y Servicios de Adicciones de Ohio ofrece Ohio CareLine. Los profesionales de la salud del comportamiento trabajan en CareLine las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Ofrecen apoyo confidencial en momentos de crisis personal o familiar cuando las personas pueden estar luchando para hacer frente a los desafíos en sus vidas. Cuando las personas que llaman necesitan servicios adicionales, recibirán asistencia y conexión con proveedores locales. Una vez que un afiliado es dirigido al recurso más apropiado, Humana trabajará con esos proveedores para autorizar los servicios y garantizar la continuidad del cuidado para el afiliado.

El número para comunicarse con Ohio Care Line es 800-720-9616.

Las crisis de salud mental o de uso de sustancias incluyen lo siguiente:

- Aquellos que crean un peligro para el afiliado u otros.
- Aquellos que hacen que el afiliado no pueda llevar a cabo acciones de la vida diaria debido a un daño funcional.
- Aquellos que resultan en daños corporales graves que pueden causar la muerte.

OhioRISE

El programa de resiliencia y excelencia de Ohio a través de sistemas integrados (OhioRISE) es un programa de cuidado administrado para jóvenes con necesidades de salud del comportamiento. OhioRISE tiene como objetivo ampliar el acceso a los servicios en el hogar y basados en la comunidad para garantizar que los afiliados y las familias de OhioRISE tengan las herramientas que necesitan para dirigir sus interacciones con múltiples sistemas, como la justicia juvenil, la protección infantil, las discapacidades del desarrollo, la salud mental y la adicción, la educación y otros. Una persona inscrita en el programa OhioRISE también mantendrá su inscripción en cuidado administrado para el beneficio de salud física.

Elegibilidad para OhioRISE

- Estar inscrito en Ohio Medicaid.
- Ser menor de 21 años.
- Cumplir con un umbral de necesidades funcionales para el cuidado de la salud del comportamiento, según lo identificado por la evaluación de Necesidades y fortalezas de niños y adolescentes (CANS, por sus siglas en inglés).

Servicios de OhioRISE

Además de los servicios para la salud del comportamiento ya disponibles a través de Medicaid, OhioRISE ofrece los siguientes servicios:

- Coordinación del cuidado determinado por la evaluación CANS.
- Su organización de cuidado administrado también se incluirá en su administración de cuidado.
- Tratamiento intensivo en el hogar (IHBT, por sus siglas en inglés).
- Servicio móvil de respuesta y estabilización (MRSS, por sus siglas en inglés).
- Alivio de salud del comportamiento.
- Soportes envolventes.
- Centro de tratamiento residencial psiquiátrico (PRTF, por sus siglas en inglés): disponible a partir de enero de 2023.

Para obtener más información sobre los servicios de OhioRISE, comuníquese con los Servicios para afiliados de Aetna Better Health of Ohio al (833) 711-0773. Si está inscrito en OhioRISE, esa información se mostrará en su tarjeta de identificación.

Healthchek

Healthchek es el beneficio de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT) de Ohio. Healthchek cubre exámenes médicos, vacunas (inyecciones), educación para la salud y pruebas de laboratorio para afiliados menores de 21 años. Estos exámenes aseguran que los niños estén sanos y se estén desarrollando física y mentalmente. Las madres deben hacerse exámenes prenatales y los niños deben hacerse exámenes al nacer, entre los 3 y 5 días de edad y a los 1, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 y 30 meses de edad. Después de eso, los niños deben realizarse al menos un examen por año.

Healthchek cubre exámenes médicos, de la vista, dentales, auditivos, nutricionales, de desarrollo, de salud del comportamiento y otros cuidados para tratar problemas o afecciones físicas, del comportamiento o de otro tipo que se encuentren en un examen. Algunas de las pruebas y servicios de tratamiento pueden requerir autorización previa.

Healthchek está disponible sin costo para los afiliados e incluye lo siguiente:

- Chequeos preventivos para recién nacidos, bebés, niños, adolescentes y adultos jóvenes menores de 21 años
- Exámenes de detección de Healthchek:
 - Exámenes médicos (exámenes físicos y del desarrollo).
 - Exámenes de la vista.
 - Exámenes dentales.
 - Exámenes de audición.
 - Controles nutricionales.
 - Exámenes del desarrollo.
 - Pruebas de detección de plomo.
- Pruebas de laboratorio (exámenes apropiados para la edad y el sexo).
- Vacunas.
- Cuidado de seguimiento necesario por razones médicas para tratar problemas de salud o problemas encontrados durante una evaluación. Esto podría incluir, entre otros:
 - visitas con un proveedor de cuidado primario, especialista, dentista, optometrista y otros proveedores de Humana Healthy Horizons in Ohio para diagnosticar y tratar problemas o inquietudes.
 - Atención hospitalaria para pacientes internados o ambulatorios.
 - Consultas a la clínica.
 - Medicamentos recetados.
- Educación para la salud.

Es muy importante hacerse chequeos preventivos y exámenes de detección para que sus proveedores puedan encontrar cualquier problema de salud temprano. De esa manera, su proveedor puede tratarlos o referirle a un especialista para recibir tratamiento antes de que el problema se vuelva más grave. Recuerde: Algunos servicios pueden requerir un referido de su PCP o una autorización previa de Humana Healthy Horizons in Ohio. Para algunos artículos o servicios de EPSDT, su proveedor puede solicitar autorización previa para que Humana Healthy Horizons in Ohio cubra cosas que tienen límites o no están cubiertas para afiliados mayores de 20 años. Consulte la página 49 para ver qué servicios requieren un referido o autorización previa.

Como parte de Healthchek, los servicios de coordinación del cuidado están disponibles para todos los afiliados menores de 21 años que tienen necesidades especiales de cuidado de la salud. Consulte la página 39 para obtener más información sobre los servicios de administración del cuidado que ofrece Humana Healthy Horizons in Ohio.

Puede obtener sus servicios de Healthchek al:

- Llamar a su PCP o dentista para programar citas para chequeos regulares (asegúrese de solicitar un examen de Healthchek cuando llame a su PCP).
- Llamar a Servicios para afiliados si tiene preguntas o necesita ayuda para:
 - Obtener cuidado
 - Encontrar un proveedor
 - Programar una cita
 - Conocer qué servicios están cubiertos
 - Transporte
 - Autorizaciones previas
 - Referidos para mujeres, bebés, niños (WIC, por sus siglas en inglés)
 - Obtener servicios del programa Help Me Grow
 - Oficina para niños con discapacidades médicas (BCMH, por sus siglas en inglés)
 - Obtener servicios del programa Head Start
 - Servicios comunitarios como: alimentación, asistencia de calefacción, etcétera

Pruebas y vacunas contra el COVID

Humana Healthy Horizons in Ohio cubrirá todas las pruebas, tratamientos y vacunas contra el COVID-19 cubiertos por Medicaid sin costo para usted.

Los sitios de prueba de COVID se pueden encontrar en línea en: <https://coronavirus.ohio.gov/wps/portal/gov/covid-19/dashboards/other-resources/testing-ch-centers>.

El Departamento de Salud de Ohio (ODH, por sus siglas en inglés) ha desarrollado una herramienta de búsqueda para que los habitantes de Ohio encuentren un proveedor de vacunas. El directorio se puede buscar por condado y código postal y muestra los proveedores que actualmente reciben envíos de vacunas contra el COVID. Puede obtener información y lugares de vacunación en <https://vaccine.coronavirus.ohio.gov/> o llamando al Departamento de Salud de Ohio al número gratuito 833-427-5634.

Humana Healthy Horizons in Ohio puede ayudarle a encontrar un lugar de prueba o vacunación en su comunidad. También pueden ayudar con la programación y el transporte a la cita. Comuníquese con su plan en espanol.humana.com/healthyohio o por teléfono al 877-856-5702 (TTY: 711) o a la línea de consulta médica al 866-376-4827 (TTY: 711).

El Departamento de Salud de Ohio brinda actualizaciones periódicas de vacunación sobre las fases de elegibilidad en: <https://coronavirus.ohio.gov/wps/portal/gov/covid-19/covid-19-vaccination-program>.

Otros programas que le ayudarán a mantenerse saludable

Programa para abandonar el tabaco

Si fuma o usa otros productos de tabaco, el estado de Ohio puede ayudarle a dejar de fumar. Dejar de fumar es una de las medidas más importantes que puede tomar para mejorar su salud y la salud de sus seres queridos. ¡No tiene ninguna razón para hacerlo solo! Puede inscribirse en el programa para dejar de fumar y ganar recompensas por inscribirse y completar el programa.

Para inscribirse en el programa, llame al Servicios para afiliados al 877-856-5702 (TTY: 711) para más información.

Beneficios adicionales

Humana Healthy Horizons in Ohio también ofrece servicios o beneficios adicionales a sus afiliados. Consulte el folleto incluido con su manual del afiliado que explica estos servicios adicionales.

Beneficios de valor añadido	Descripción
Servicios de teléfonos inteligentes	1 teléfono inteligente gratuito a través del programa “Lifeline” federal, por hogar. Los afiliados menores de 18 años deberán contar con un padre o tutor para inscribirse. Este beneficio cubre de por vida: 1 teléfono, 1 cargador, 1 conjunto de instrucciones, llamadas, mensajes de texto y datos de alta velocidad ilimitados, capacitación para usted y su cuidador en la primera consulta de orientación del administrador de casos, si está inscrito en la coordinación del cuidado de la salud. Los afiliados deben hacer 1 llamada telefónica o enviar 1 mensaje de texto todos los meses para mantener el beneficio. Los afiliados pueden ser elegibles para beneficios mejorados a través del Programa de conectividad a su alcance (ACP, por sus siglas en inglés) que proporciona minutos ilimitados, punto de acceso de 10 GB y datos ilimitados. Puede optar por este beneficio al comunicarse con SafeLink al 1-800-SAFELINK o en línea en www.safelink.com/en/ACP11. Los beneficios están sujetos a cambios por parte de la FCC bajo el programa Lifeline.
Asistencia para el cuidado infantil	Hasta \$50 por trimestre, hasta cuatro veces por año, para el reembolso de los gastos de cuidado infantil para los cuidadores que buscan empleo. El afiliado debe participar en algún tipo de programa de fuerza laboral para ser elegible.
Servicios dentales para adultos (de 21 años o más)	1 limpieza adicional por año.
Examen físico de empleo (18 años o más)	1 examen físico de empleo por año.

Beneficios de valor añadido	Descripción
GEDWorks (de 16 años o más)	Asistencia para la preparación de las pruebas de desarrollo educativo general (General Educational Development, GED), incluido un asesor bilingüe, acceso a material de orientación y estudio, y uso ilimitado de pruebas de práctica. La asistencia para la preparación de las pruebas se proporciona de manera virtual para permitir la máxima flexibilidad para los afiliados. También incluye la garantía de aprobación de la prueba para proporcionar a los afiliados múltiples intentos para aprobarla. Nota: Los afiliados que tienen 16 o 17 años de edad deben presentar un formulario de consentimiento firmado por el padre, la madre, tutor o funcionario del juzgado. Además, deben ser retirados oficialmente de la escuela.
Programa de asistencia al afiliado (MAP, por sus siglas en inglés)	El apoyo al cuidado infantil incluye lo siguiente: • Apoyo para identificar opciones de cuidado infantil, incluidos centros de cuidado infantil, hogares de cuidado diurno familiar, agencias de niñeras, herramientas de búsqueda de niñeras, cuidado infantil de respaldo/a pedido. • Apoyo para identificar opciones de cuidado infantil, incluidos centros de cuidado infantil, hogares de cuidado diurno familiar, agencias de niñeras, herramientas de búsqueda de niñeras y cuidado infantil de respaldo/a pedido. El apoyo de asesoramiento y cuidado incluye lo siguiente: • Asesoramiento y apoyo de salud del comportamiento para cuidadores de un afiliado de Humana (hasta tres sesiones). • Se requiere autorización. El apoyo legal y financiero incluye lo siguiente: • Soporte para la preparación de documentos por su cuenta: • Testamentos/testamentos en vida

Beneficios de valor añadido	Descripción
	• Consultas con abogados, mediadores, contadores públicos y profesionales financieros: • Conforme a la parte legal/financiera del programa MAP, los afiliados tienen acceso a consultas gratuitas de 30 minutos con abogados/consultores financieros, dependiendo del tema para el que estén buscando apoyo. • Los afiliados también pueden obtener apoyo para la preparación del presupuesto a través de este servicio, y si los afiliados necesitan contratar a un abogado o consultor financiero, el programa (y los precios) incluyen un descuento del 25 por ciento en los servicios legales.
Cuna portátil (Mujeres embarazadas)	La afiliada debe dar su consentimiento para participar en el programa de coordinación del cuidado de la salud HumanaBeginnings, completar la evaluación integral y completar 1 llamada de seguimiento adicional dentro de los 56 días, u 8 semanas, de la inscripción o la identificación de un indicador de embarazo. 1 cuna, por embarazo, por niño.
Comidas después de la hospitalización	Hasta 10 comidas enviadas al hogar después de recibir el alta de un centro hospitalario o residencial, limitadas a 40 comidas por año (hasta 4 altas).
Apoyo de Servicios Sociales. (de 18 años o más)	Subsidio de hasta \$500 para asistencia con servicios públicos, facturas, derivación de desalojo, etc. Una vez en la vida. A discreción del personal de Coordinación del cuidado.
Transporte (de 21 años o más)	Todos los afiliados reciben 30 viajes de ida (15 de ida y vuelta) de menos de 30 millas por año calendario (no se requiere la aprobación del administrador de casos). • Los viajes comprendidos en esta categoría podrían incluir lo siguiente: • Citas con el médico, el dentista y la vista. • Bancos de alimentos de tiendas de comestibles. • Citas del Programa de asistencia nutricional suplementaria (WIC, por sus siglas en inglés). • Citas del Programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés). • Nombramientos de redeterminación de CDJFS. • Apoyo social (grupo de apoyo, clases de bienestar). • Nombramiento de redeterminación. • Entrevistas de trabajo y clases de GED. • Clases de maternidad y parto/baby showers.

Beneficios de valor añadido	Descripción
	• El transporte adicional puede estar disponible para los afiliados inscritos en los programas de administración de casos de Humana: • BH/SUD: debe participar activamente en los siguientes tratamientos: • Servicios BH ambulatorios y residenciales. • Tratamiento ambulatorio intensivo (IOP, por sus siglas en inglés). • Cobertura para que los padres visiten a su hijo en la UCIN y los padres visiten a su hijo en un centro residencial u hospitalario de BH. • Posparto: limitado a 12 semanas, para viajes <30 millas. • Afecciones crónicas ilimitadas que requieren tratamiento en persona (el administrador de cuidado no es necesario): • Diálisis • Radioterapia • Manejo de la diabetes • Alta hospitalaria • Cuidado de urgencia • Trasplante de órgano • Cuidado de heridas • Cuidado prenatal • Viajes Posparto, hasta 12 meses a citas con el médico
Servicios para la vista: Adultos (edades 21 - 64)	• 1 examen de la vista por año. • Subsidio de hasta \$200 para 1 juego de anteojos (monturas y lentes) o lentes de contacto, no ambos durante el año del plan. • El afiliado paga cualquier costo superior a \$200.

Go365 for Humana Healthy Horizons

Todos nuestros inscritos pueden participar en Go365 for Humana Healthy Horizons™, un programa de bienestar que ofrece la oportunidad de ganar recompensas por tomar acciones saludables elegibles.

Para ganar recompensas, debe hacer lo que se indica a continuación:

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

Por cada actividad elegible de Go365 que realice, puede ganar recompensas que se pueden canjear por tarjetas de regalo en Go365 Mall (dentro de la aplicación).

Go365

Actividad	Detalles de la recompensa
Finalización de la evaluación de riesgos para la salud (HRA)	• \$25 en recompensas para todos los afiliados que completen su evaluación de riesgos para la salud (HRA) dentro de los 90 días posteriores a la inscripción en Humana, una recompensa por vida.
Consulta prenatal, consulta posparto	• Hasta \$105 en recompensas por embarazo para mujeres embarazadas que completen una consulta prenatal. Los afiliados son elegibles para \$15 en recompensas por consulta, con un límite de 7 consultas. • \$50 en recompensas para todas las mujeres que completen 1 consulta posparto dentro de los 7 a 84 días posteriores al parto una vez por embarazo.
Consultas de niño sano (de 0-15 meses)	• Hasta \$90 en recompensas: los afiliados de 0 a 15 meses de edad que completen una consulta de niño sano son elegibles para recibir \$15 en recompensas por consulta, con un límite de 6 consultas.
Consultas de niño sano (de 16-30 meses)	• Hasta \$30 en recompensas: los afiliados de 16 a 30 meses de edad que completen una consulta de niño sano son elegibles para \$15 por consulta, con un límite de 2 consultas.
Consultas de niño sano (de 3 a 20 años)	• Recompensa de \$50 para los afiliados que completen 1 consulta anual de bienestar.

Actividad	Detalles de la recompensa
Consultas anuales de bienestar (mayores de 21 años)	• \$25 en recompensas para los afiliados que completen 1 consulta anual de bienestar.
Vacuna anual contra la gripe (a partir de los 13 años)	• \$25 en recompensas para los afiliados que reciben una vacuna anual contra la gripe de su proveedor, farmacia o que declaren que recibieron una vacuna de otra fuente.
Pruebas de detección de cáncer de mama (a partir de los 40 años).	• \$50 en recompensas para las socias que se hacen una mamografía una vez al año.
Pruebas de detección de cáncer de cuello uterino (a partir de los 21 años).	• \$50 en recompensas para las mujeres afiliadas que se hacen una prueba de Papanicolaou una vez al año.
Pruebas de detección de cáncer de colorrectal (a partir de los 45 años).	• \$25 en recompensas para los afiliados que se hacen una prueba de detección de cáncer colorrectal según lo recomendado por su proveedor de cuidado primario una vez al año.
Examen de la vista de la retina para diabéticos (a partir de los 21 años).	• \$25 en recompensas para los afiliados diabéticos que completen un examen de la vista de retina una vez al año.
Pruebas de detección de diabetes (a partir de los 21 años)	• Hasta \$50 en recompensas para los afiliados diabéticos que completen una evaluación anual con su PCP para HbA1c y riñón una vez al año. • Detección de HbA1c: \$25.00 • Examen de detección renal: \$25.00
Vacuna contra el COVID-19 (a partir de los 12 años)	• \$25 en recompensas para los afiliados que carguen una foto/archivo de su tarjeta de vacuna contra el COVID-19 completa. • Los afiliados que fueron vacunados antes de inscribirse en el plan Humana pueden cargar la tarjeta de vacuna dentro de los 90 días posteriores a la inscripción para recibir la recompensa. • Los nuevos afiliados que no fueron vacunados antes de inscribirse en Humana tienen 90 días desde la finalización de la vacunación y cargan la tarjeta de vacunación para recibir la recompensa.

Actividad	Detalles de la recompensa
Programa para dejar de fumar (a partir de los 12 años)	• Para todos los afiliados mayores de 12 años, hasta 8 llamadas de apoyo para la orientación/dejar de fumar dentro de los 12 meses posteriores a la fecha de inscripción. • Para los afiliados mayores de 18 años, terapia de reemplazo de nicotina a pedido. • Este programa tendrá dos oportunidades donde los afiliados pueden ganar recompensas: • \$25 en recompensas para los afiliados que completen 2 llamadas dentro de los primeros 45 días de inscripción en el programa de orientación, 1 por año. • \$25 en recompensas para los afiliados que completen 6 llamadas adicionales de orientación de bienestar (un total de 8) dentro de los 12 meses posteriores a la primera sesión de orientación, 1 por año.
Programa de control de peso (a partir de los 12 años)	• Inscripción en el Programa de control de peso, completar un chequeo de bienestar y un formulario con su proveedor de cuidado primario, completar 6 llamadas de entrenamiento de bienestar total dentro de los 12 meses posteriores a la fecha de inscripción o la devolución del formulario de PCP y un chequeo final de bienestar y formulario con su PCP. • Este programa tendrá dos oportunidades donde los afiliados pueden ganar recompensas. • \$10 en recompensas: Inscripción en el Programa de control de peso: • Finalización del chequeo de bienestar con el proveedor de cuidado primario. • Presentación del formulario PCP. • \$20 en recompensas: Finalización del programa: • 6 llamadas de orientación de bienestar dentro de los 12 meses posteriores a la primera sesión de orientación.

Exención de responsabilidad del programa

Las recompensas no tienen valor en efectivo. Las cantidades monetarias mencionadas arriba son valores de recompensas y no dinero en efectivo. Para obtener algunas recompensas, su médico debe indicarnos que completó la actividad saludable. Una vez que obtengamos esta información por parte de su médico, verá en la aplicación la opción de canjear la recompensa. Para cualquier recompensa que usted gane durante el año del plan, debemos obtener la confirmación de su médico a más tardar el 15 de marzo.

Go365 for Humana Healthy Horizons está disponible para todos los afiliados que cumplan con los requisitos del programa. Las recompensas no se utilizan con el fin de que el afiliado seleccione un proveedor específico. Es posible que deba esperar de 90 a 180 días o más para recibir las recompensas. Las recompensas no son transferibles a otros planes de cuidado administrado u otros programas. Los afiliados perderán el acceso en la aplicación Go365® a los incentivos y recompensas obtenidos si se desafían voluntariamente de Humana Healthy Horizons o pierden la elegibilidad de Medicaid por más de ciento ochenta (180) días. Al final del año del plan (30 de junio), los afiliados que tengan una inscripción continua tendrán 90 días para canjear las recompensas.

Según el requisito federal de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, las cantidades de las tarjetas de regalo no se deben utilizar para comprar suministros médicos o medicamentos recetados cubiertos ni se pueden canjear por dinero en efectivo. Las recompensas no se pueden utilizar para juegos de azar, para comprar alcohol, tabaco o drogas (excepto para medicamentos de venta sin receta). Las recompensas se pueden limitar a una vez al año, por actividad. Consulte la descripción de la actividad para obtener más detalles.

Qué sucede si recibe una factura

Si recibe una factura por un tratamiento o servicio que cree que no debe pagar, no la ignore. Llame a Servicios para afiliados al 877-856-5702 (TTY: 711) de inmediato. Podemos ayudarle a entender por qué puede haber recibido una factura. Si no es responsable del pago, nos pondremos en contacto con el proveedor y le ayudaremos a solucionar el problema.

Tiene derecho a solicitar una apelación si cree que se le está pidiendo que pague por algo que deberíamos cubrir. Una apelación le permite a usted o a su representante presentar su caso ante un juez de derecho administrativo. Consulte la sección de apelaciones de este manual para obtener más información. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para afiliados.

Herramienta de acceso sencillo

Cuenta MyHumana

Su cuenta MyHumana es una cuenta en línea privada y personal que puede ayudarle a aprovechar al máximo su experiencia de afiliado. Su cuenta incluye información clave de cobertura y herramientas y recursos útiles para los afiliados.

Puede acceder a su cuenta MyHumana en un dispositivo móvil o en una computadora de escritorio al:

- Visitar espanol.humana.com/Login.
- Introducir su nombre de usuario y contraseña.

¿Necesita registrarse en MyHumana?

- Visite espanol.humana.com/Registration.
- Siga las instrucciones para crear una cuenta, nombre de usuario y contraseña.

Tenga en cuenta que: Puede usar el mismo nombre de usuario y contraseña para MyHumana y Go365 for Humana Healthy Horizons.

Aplicación MyHumana

- Utilice su plan Humana dondequiera que esté con la aplicación móvil gratuita MyHumana. La aplicación le permite usar de forma segura su dispositivo móvil para:
 - Revisar su último resumen de salud, incluido el estado, el resumen y la información detallada.
 - Acceder a su tarjeta de identificación del afiliado al instante con un solo toque.
 - Buscar un proveedor por especialidad o ubicación. *La aplicación MyHumana incluso puede usar su ubicación actual para encontrar el proveedor de la red más cercano, independientemente del lugar donde usted se encuentre.

*Para descargar la aplicación MyHumana para teléfonos iPhone o Android, visite la App Store o Google Play.

Tal vez requiera habilitar en su teléfono la función para compartir su ubicación.

Nota: Si es menor de 18 años, deberá llamar a Servicios para afiliados para registrarse para obtener acceso.

Parte III: Procedimientos del plan

Autorización previa

Ciertos servicios cubiertos necesitan autorización previa. Estos son servicios que Humana Healthy Horizons in Ohio necesita aprobar antes de obtenerlos. Su proveedor nos pedirá autorización previa y debe programar estos servicios para usted. Humana Healthy Horizons in Ohio no pagará por estos servicios si se realizan sin aprobación previa. Para averiguar si un servicio necesita autorización previa, llame a Servicios para afiliados al 877-856-5702 (TTY: 711).

Solicitudes de autorización para niños menores de 21 años

Se aplican reglas especiales a las decisiones de aprobar servicios médicos para niños menores de 21 años que reciben servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT). Para obtener más información sobre los servicios de EPSDT, visite nuestro sitio web en espanol.humana.com/OhioKids.

Qué sucede después de que recibamos su solicitud de autorización previa

El departamento de Control de Utilización (UM, por sus siglas en inglés) de Humana Healthy Horizons in Ohio se asegura de que reciba la cantidad correcta de cuidado que necesite, cuando la necesite. Lo hacemos para asegurarnos de que los cuidados sean adecuados y necesarios. Nuestro equipo examinador estudia con minuciosidad las solicitudes de control de la utilización (UM, por sus siglas en inglés), que incluye enfermeras, proveedores matriculados de salud del comportamiento y médicos. Su trabajo es asegurarse de que el tratamiento o servicio que solicitó o necesita esté cubierto por Humana Healthy Horizons in Ohio y sea necesario por razones médicas.

Cualquier decisión sobre denegar una solicitud de autorización previa o de aprobarla por una cantidad inferior a la solicitada se denomina **acción adversa**. Un médico tomará estas decisiones. Puede solicitar los estándares médicos específicos, llamados **criterios de revisión clínica**, utilizados para tomar la decisión sobre acciones adversas relacionadas con la necesidad médica.

Después de que recibamos su solicitud, la revisaremos de acuerdo con un proceso **estándar** o **acelerado** (más rápido). Usted o su médico pueden solicitar una revisión acelerada si consideran que un retraso causará un daño grave a su salud. Si su solicitud de una revisión acelerada se rechaza, se lo informaremos, y su caso se administrará de acuerdo con el proceso de revisión estándar. En todos los casos, revisaremos su solicitud tan rápido como su afección médica nos lo requiera, pero no llevará más tiempo que el establecido en la siguiente sección de este manual.

Le informaremos por escrito a usted y a su proveedor si su solicitud es denegada. También le comunicaremos el motivo de la decisión. Le explicaremos qué opciones tendrá para presentar una apelación o solicitar una audiencia justa del Estado si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Todas las decisiones que adoptamos con sus proveedores de cuidado de la salud con respecto a la necesidad médica del cuidado de su salud se basan solo en qué tan adecuado es el ámbito o los servicios de cuidado.

No recompensamos a los proveedores o a nuestro propio personal por denegar cobertura o servicios. No ofrecemos a nuestro personal recompensas económicas que incidan en sus decisiones. No denegamos o limitamos la cantidad, el plazo o el alcance de los servicios solo en virtud del diagnóstico o el tipo de enfermedad o afección de salud. Los incentivos económicos a personas responsables de tomar decisiones no promueven las decisiones que resultan en el desaprovechamiento de servicios.

Podemos tomar la decisión de que un nuevo tratamiento que actualmente no está cubierto por el plan Medicaid de Ohio será un beneficio cubierto. Podría tratarse de nuevos:

- Servicios de cuidado de la salud.
- Dispositivos médicos.
- Terapias.
- Opciones de tratamiento.

Una comisión de profesionales de cuidado de la salud examina esta información y determina su cobertura en función de lo siguiente:

- Directrices de evaluación externa de la tecnología.
- Aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés).
- Recomendaciones en la literatura médica.
- Reglas actualizadas de Medicaid.

Puede llamar a Servicios para afiliados para obtener más información sobre cualquier tema de este manual, incluido lo siguiente:

- Beneficios, elegibilidad, reclamos o proveedores participantes.
- Cuántos afiliados abandonan nuestro plan.
- Cómo pagamos a nuestros proveedores.
- Cómo trabajamos con otros planes de salud, si usted tiene otro seguro.
- Nuestra estructura y operaciones.
- Resultados de las encuestas a los afiliados.

Si desea informarnos sobre cosas que cree que deberíamos cambiar, llame a Servicios para afiliados al 877-856-5702 (TTY: 711).

Autorización previa y plazos

Revisaremos su solicitud de autorización previa dentro de los siguientes plazos:

Revisión estándar: Revisión de servicios/autorizaciones previas estándar no urgentes:

Para las solicitudes previas de servicios estándar no urgentes, las solicitudes iniciales deben ser enviadas por los proveedores a más tardar setenta y dos (72) horas antes de la fecha de prestación del servicio. Los proveedores deben solicitar las autorizaciones para las necesidades de servicio continuo a más tardar 14 días a partir de la fecha de prestación del servicio o la fecha de vencimiento de la autorización actual.

Para decisiones de autorización estándar/previas al servicio no urgentes, Humana Healthy Horizons in Ohio le notificará a usted y a su proveedor tan rápidamente como su afección de salud lo requiera, pero a más tardar diez (10) días calendario después de recibir la solicitud de servicio. Si usted, su proveedor o Humana Healthy Horizons in Ohio lo solicitan, las decisiones de autorización estándar pueden extenderse hasta catorce (14) días calendario adicionales. De conformidad con 42 C.F.R. § 438.404, la decisión de autorización de servicio puede extenderse hasta catorce (14) días calendario si se cumple una de las siguientes condiciones:

- usted, su proveedor en su nombre o un representante autorizado solicita la extensión; o
- Humana Healthy Horizons in Ohio justifica (a ODM previa solicitud de aprobación) la necesidad e incluye documentación e información adicional sobre cómo la extensión es lo mejor para usted.

Si ODM aprueba la solicitud de extensión de Humana Healthy Horizons in Ohio, y de acuerdo con 42 C.F.R. § 438.404(c)(4), Humana Healthy Horizons in Ohio le notificará por escrito el motivo de la decisión de extender el plazo y le informará del derecho a presentar una queja formal si no está de acuerdo con esa decisión. Humana Healthy Horizons in Ohio llevará a cabo su determinación tan rápidamente como su afección de salud lo requiera y a más tardar en la fecha en que expire la extensión. (OAC 5160-26-03.1 (B)(3)(e)).

- **Revisión de salud del comportamiento para pacientes internados:** Humana Healthy Horizons in Ohio hará determinaciones de revisión concurrentes cuando ya esté internado, dentro de los tres (3) días calendario posteriores a la obtención de la información médica apropiada que pueda ser requerida. Estas determinaciones no excederán de tres (3) días calendario a partir de la fecha de recepción de la solicitud.

Revisión acelerada (vía rápida):

En conformidad con 42 C.F.R. § 438.210 (d) (2) y 438.404 (c) (6) y en el caso de que un proveedor indique, o Humana Healthy Horizons in Ohio determine, que seguir el plazo estándar de autorización de servicio podría poner en grave peligro su vida, salud o capacidad para alcanzar o recuperar la función máxima, Humana Healthy Horizons in Ohio tomará una decisión de autorización acelerada y notificará tan rápidamente como lo requiera su afección de salud, pero a más tardar cuarenta y ocho (48) horas después de la recepción de la solicitud de servicio. (OAC 5160-26-03.1 (B)(3)(f))

Si usted, su proveedor o Humana Healthy Horizons in Ohio lo solicitan, las decisiones de autorización urgentes/aceleradas pueden extenderse hasta catorce (14) días calendario adicionales. De conformidad con 42 C.F.R. § 438.404, la decisión de autorización de servicio puede extenderse hasta catorce (14) días calendario si se cumple una de las siguientes condiciones:

- usted, su proveedor en su nombre o un representante autorizado solicita la extensión; o
- Humana Healthy Horizons in Ohio justifica (a ODM previa solicitud de aprobación) la necesidad de e incluye documentación e información adicional sobre cómo la extensión es lo mejor para usted.

Humana Healthy Horizons in Ohio no solicitará una extensión por falta de información clínica sin hacer un mínimo de un (1) intento de obtener la información necesaria para la determinación de la necesidad médica.

Si ODM aprueba la solicitud de extensión de Humana Healthy Horizons in Ohio, y de acuerdo con 42 C.F.R. § 438.404(c)(4), Humana Healthy Horizons in Ohio le notificará por escrito el motivo de la decisión de extender el plazo y le informará del derecho a presentar una queja formal si no está de acuerdo con esa decisión. Humana Healthy Horizons in Ohio llevará a cabo su determinación tan rápidamente como su afección de salud lo requiera y a más tardar en la fecha en que expire la extensión. (OAC 5160-26-03.1 (B)(3)(f))

Luego de tomar una decisión según la necesidad médica, se le notificará. **Si aprobamos un servicio y usted ha comenzado a recibir ese servicio, no reduciremos, detendremos ni restringiremos el servicio durante el tiempo en que se haya aprobado, a menos que determinemos que la aprobación se basó en información falsa o incorrecta.**

Si denegamos un servicio, le enviaremos un aviso a usted y a su proveedor el día en que se deniegue el servicio. Estos avisos no son facturas. **No tendrá que pagar por ninguna atención que haya recibido que estuviera cubierta por Humana Healthy Horizons in Ohio, incluso si Humana Healthy Horizons in Ohio más tarde niega el pago al proveedor.**

Cómo puede ayudar con las políticas del plan de salud

Valoramos sus ideas. Puede ayudarnos a desarrollar políticas que sirvan para prestar un mejor servicio a nuestros afiliados. Tal vez le gustaría trabajar con uno de los comités afiliados de Humana Healthy Horizons in Ohio, como:

Comités Asesores Técnicos (TAC, por sus siglas en inglés): los TAC actúan como asesores del Consejo Asesor de Asistencia Médica. Cada TAC representa a un tipo de proveedor específico o es una persona que representa a los beneficiarios de Medicaid.

Llame a Servicios para afiliados al 877-856-5702 (TTY: 711) para obtener más información sobre cómo puede ayudar.

Apelaciones y quejas formales

“Si está disconforme con Humana Healthy Horizons in Ohio o con nuestros proveedores, o no está de acuerdo con una decisión que tomamos, contáctenos lo antes posible. Usted, o alguien que ha elegido para representarle, puede contactarnos. Si desea que alguien lo represente, deberá informarnos. Humana Healthy Horizons in Ohio quiere ayudar”.

Para comunicarse con nosotros, puede:

- Llamar al Departamento de Servicios para Afiliados al 877-856-5702.
- Llenar el formulario en su manual del afiliado.
- Llamar al Departamento de Servicios para Afiliados para solicitar una copia impresa.
- Visitar nuestro sitio web en espanol.humana.com/HealthyOhio.
- Escribir una carta diciéndonos lo que no le gusta. Incluya su nombre y apellido, el número del frente de su tarjeta de identificación del afiliado de Humana Healthy

Horizons in Ohio, su dirección y su número de teléfono. También debe enviar toda la información que ayude a explicar su problema. Puede enviar información sobre hechos y documentación de respaldo sobre su caso a Humana Healthy Horizons in Ohio hasta la fecha de vencimiento de la queja formal o apelación.

Envíe el formulario o su carta por correo a:

Humana Healthy Horizons in Ohio
Grievance and Appeals Department
P.O. Box 14546
Lexington, KY 40512-4546

Envíe por fax el formulario o la carta al 800-949-2961.

Envíe y rastree su queja formal o apelación en línea en espanol.humana.com/HealthyOhio.

Humana Healthy Horizons in Ohio le enviará algo por escrito si decidimos:

- denegar una solicitud de un servicio cubierto.
- reducir, suspender o detener los servicios antes de recibir todos los servicios aprobados; o
- denegar el pago de un servicio que recibió que no está cubierto por Humana Healthy Horizons in Ohio.

También le enviaremos algo por escrito si no hicimos lo siguiente:

- decidir si cubrir un servicio solicitado para usted, o
- darle una respuesta a algo por lo que no estaba satisfecho.

Apelaciones

Si no está de acuerdo con la decisión o acción enumerada en la carta, puede comunicarse con nosotros **dentro de los 60 días calendario** para solicitar que cambiemos nuestra decisión o acción. Esto se llama **apelación**. El período de 60 días calendario comienza el día después de la fecha de envío de la carta. Si hemos decidido reducir, suspender o interrumpir los servicios antes de que reciba todos los servicios que fueron aprobados, su carta le dirá cómo puede seguir recibiendo los servicios si lo desea y cuándo puede tener que pagar por los servicios.

A menos que le indiquemos una fecha diferente, debemos darle una respuesta a su apelación por escrito dentro de los 15 días calendario a partir de la fecha en que se comunicó con nosotros. Si no cambiamos nuestra decisión o acción debido a su apelación, le notificaremos su derecho a solicitar una audiencia estatal. **Solo puede solicitar una audiencia estatal después de haber pasado por el proceso de apelación de** Humana Healthy Horizons in Ohio.

Queja formal

Si se comunica con nosotros porque no está satisfecho con Humana Healthy Horizons in Ohio o con nuestros proveedores, esto se denomina **queja formal**. Humana Healthy Horizons in Ohio le dará una respuesta a su queja formal por teléfono o por correo si no

podemos comunicarnos con usted por teléfono. Le daremos una respuesta dentro de los siguientes plazos:

- 2 días hábiles para quejas formales por no poder obtener cuidado médico.
- 30 días calendario para todas las demás quejas formales, excepto para quejas por haber recibido una factura de cuidado médico que ha obtenido.
- 60 días calendario para quejas formales por haber recibido una factura de cuidado médico que ha obtenido.

Si necesitamos más tiempo para tomar una decisión para una apelación o una queja formal, le enviaremos una carta diciéndole que necesitamos tomar hasta 14 días calendario adicionales. Esa carta también explicará por qué necesitamos más tiempo. Si cree que necesitamos más tiempo para tomar una decisión sobre su apelación o queja formal, también puede pedirnos que tomemos hasta 14 días calendario.

Puede revisar los archivos de casos de quejas formales y apelaciones en cualquier momento de forma gratuita. Esto incluye cualquier documento, registro, criterio clínico u otra información relacionada con la apelación o queja formal.

También tiene derecho a presentar una queja **en cualquier momento** poniéndose en contacto con:

Ohio Department of Medicaid
Bureau of Managed Care Compliance and Oversight
P.O. Box 182709
Columbus, Ohio 43218-2709
800-605-3040 o 800-324-8680
TTY: 800-292-3572

Ohio Department of Insurance
50 W. Town Street
3rd Floor – Suite 300
Columbus, Ohio 43215
800-686-1526

Pruebas para apelaciones

Puede presentar pruebas (como expediente médico, declaraciones de respaldo de un proveedor, etc.), en persona o por escrito, que incluyan la entrega de su apelación antes del final del plazo para la resolución de la apelación. Para una apelación estándar debemos recibir esta información dentro de 30 días calendario después de haber recibido su apelación. Para una apelación acelerada debemos recibir cualquier información de respaldo dentro de 72 horas después de la recepción.

Audiencias del Estado

Una audiencia del Estado es una reunión con usted o alguien que desea que lo represente, alguien del Departamento de Servicios Laborales y Familiares del Condado, alguien de Humana Healthy Horizons in Ohio y un oficial de audiencias de la Oficina de Audiencias del Estado dentro del Departamento de Servicios Laborales y Familiares de Ohio (ODJFS, por sus

siglas en inglés). En esta reunión, explicará por qué cree que Humana Healthy Horizons in Ohio no tomó la decisión correcta y Humana Healthy Horizons in Ohio explicará las razones para tomar nuestra decisión. El oficial de audiencias escuchará y luego decidirá quién tiene la razón en función de las reglas y la información proporcionada.

Humana Healthy Horizons in Ohio le notificará su derecho a solicitar una audiencia del Estado si:

- No cambiamos nuestra decisión o acción debido a su apelación.
- Se toma la decisión de proponer la inscripción o continuar la inscripción en el Programa de servicios coordinados de Humana Healthy Horizons in Ohio.
- Se toma la decisión de denegar su solicitud para cambiar su proveedor del Programa de servicios coordinados de Humana Healthy Horizons in Ohio.

Solo puede solicitar una audiencia del Estado después de haber pasado por el proceso de apelación de Humana Healthy Horizons in Ohio.

Si desea una audiencia estatal, usted o la persona que quiere que lo represente debe solicitar una audiencia **dentro de los 90 días calendario**. El período de 90 días calendario comienza el día después de la fecha de envío en el formulario de audiencia. Si su apelación fue sobre una decisión de reducir, suspender o interrumpir los servicios antes de que se reciban todos los servicios aprobados, su carta le dirá cómo puede seguir recibiendo los servicios si así lo desea y cuándo puede tener que pagar por los servicios. Si proponemos inscribirlo en el Programa de servicios coordinados de Humana Healthy Horizons in Ohio y solicita la audiencia dentro de los 15 días calendario a partir de la fecha de envío en el formulario, no lo inscribiremos en el programa hasta la decisión de la audiencia.

Para solicitar una audiencia:

- Firme y devuelva el formulario de audiencia del Estado a la dirección o número de fax que aparece en el formulario.
- Llame a la Oficina de Audiencias del Estado al 866-635-3748.
- Envíe su solicitud por correo electrónico a bsh@jfs.ohio.gov.

Si desea información sobre servicios legales gratuitos, pero no sabe el número de su oficina local de asistencia legal, puede llamar a la Asociación de Servicios Legales del Estado de Ohio al 800-589-5888.

Las decisiones de las audiencias del Estado generalmente se emiten a más tardar 70 días calendario después de que se reciba la solicitud. Sin embargo, una MCO o la Oficina de Audiencias del Estado pueden decidir que la afección de salud cumple con los criterios para una decisión acelerada. Se emitirá una decisión acelerada tan pronto como sea necesario, pero a más tardar tres días hábiles después de que se reciba la solicitud. Las decisiones aceleradas son para situaciones en las que tomar la decisión dentro del marco de tiempo estándar podría poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la función máxima.

Continuidad de los beneficios

En el caso de algunas denegaciones de beneficios, puede solicitar la continuidad de los servicios durante la apelación y el proceso de audiencia justa del Estado. Los servicios que pueden continuar deben ser servicios que aprobamos previamente y que usted ya está recibiendo según lo ordenado por un proveedor autorizado, incluidos los servicios que estamos reduciendo o terminando.

Si solicita la continuación de los servicios dentro de los 10 días calendario a partir de nuestra carta de notificación de denegación de beneficios, o antes de la fecha en que le informamos que se reducirían, suspenderían o terminarían, lo que ocurra más tarde, sus beneficios continuarán hasta que ocurra uno de los siguientes supuestos:

- 10 días después de que enviemos por correo la decisión de apelación.
- Retira su apelación.
- Después de una audiencia justa del Estado, el juez del tribunal administrativo falla en contra de usted.

Si se denegó su apelación y usted solicita una audiencia justa del Estado con continuidad de los servicios en el plazo de 10 días calendario a contar desde la fecha que consta en la carta de resolución de la apelación, sus servicios continuarán durante el proceso de la audiencia justa del Estado. Consulte la sección Audiencia justa del Estado para obtener más información.

Sin embargo, si el resultado de la apelación sigue siendo el mismo que en la primera decisión de denegar el servicio, es posible que deba pagar por dichos servicios.

Su cuidado médico cuando cambia de plan de salud o de médicos (transición en el cuidado)

- Si decide dejar Humana Healthy Horizons in Ohio, compartiremos su información de salud con su nuevo plan.
- Puede dejar de recibir cualquier servicio que ya haya sido autorizado por su plan de salud anterior. A continuación, le ayudaremos a encontrar un proveedor en nuestra red para obtener cualquier servicio adicional si lo necesita.
- En casi todos los casos, sus médicos serán proveedores de Humana Healthy Horizons in Ohio. En determinadas circunstancias, podrá consultar a otro proveedor que tenía antes de unirse a Humana Healthy Horizons in Ohio. Puede continuar con las consultas a su médico en estas situaciones:
 - En el momento en que se une a Humana Healthy Horizons in Ohio, está en tratamiento o transita una afección de salud especial. En ese caso, puede solicitar mantener a su proveedor hasta un máximo de 90 días.
 - Si está embarazada, puede continuar viendo a su proveedor hasta que pueda encontrar otro proveedor que esté en nuestra red o hasta 6 semanas después de su parto. Trabajaremos con usted para ayudarle a encontrar un nuevo proveedor si necesita ayuda.

- Está embarazada cuando se une a Humana Healthy Horizons in Ohio y recibe servicios de un proveedor de tratamiento de salud del comportamiento. En ese caso, puede mantener a su proveedor hasta después del parto.

Si su proveedor abandona nuestra red, le notificaremos dentro de los 15 días posteriores a la recepción o emisión del aviso de terminación o no menos de 30 días antes de la fecha de terminación del proveedor. También le diremos cómo puede seleccionar un nuevo PCP o proveedor de especialidad, y trabajaremos para ayudarle a encontrar un proveedor si necesita ayuda.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para afiliados al 877-856-5702 (TTY: 711).

Derechos y responsabilidades de los afiliados

Sus derechos de afiliación

Como afiliado de Humana Healthy Horizons in Ohio usted tiene los siguientes derechos:

- Recibir toda la información y los servicios que Humana Healthy Horizons in Ohio debe proporcionar.
- Recibir trato respetuoso y en consideración de su dignidad y privacidad.
- Tener la certeza de que la información de sus expedientes médicos se mantendrá privada.
- Recibir información sobre su salud. Esta información también puede estar disponible para alguien a quien usted ha aprobado legalmente tener la información o a quien usted ha dicho que debe ser contactado en una emergencia cuando no se aconseja que se la brindemos a usted.
- Analizar las opciones de tratamiento necesarias por razones médicas para su afección médica, sin importar el costo o la cobertura de beneficios.
- Participar con los proveedores en la toma de decisiones relacionadas con el cuidado de su salud.
- Poder participar en las decisiones sobre el cuidado de su salud, siempre y cuando las decisiones sean en su mejor interés.
- Obtener información sobre cualquier tratamiento de cuidado médico, brindada de una manera que usted pueda entenderla.
- Tener la seguridad de que otras personas no puedan oír ni ver cuando usted recibe cuidado médico.
- No sufrir ningún tipo de restricción o aislamiento utilizado como recurso de fuerza, disciplina, distensión o venganza, como se establece en las regulaciones federales.
- Solicitar y recibir una copia de sus expedientes médicos y tener la posibilidad de solicitar que sus expedientes médicos se modifiquen o corrijan si es necesario.
- Aceptar o rechazar la divulgación de su información, a menos que Humana Healthy Horizons in Ohio deba brindarla por ley.

- Rechazar tratamientos o terapias. Si las rechaza, el proveedor o Humana Healthy Horizons in Ohio debe hablar con usted sobre lo que podría suceder, y deben poner una nota en su registro médico al respecto.
- Presentar una apelación, una queja formal o una audiencia del Estado.
- Obtener ayuda gratuita de Humana Healthy Horizons in Ohio y sus proveedores si no habla inglés o necesita ayuda para comprender la información.
- Obtener toda la información escrita de los afiliados de Humana Healthy Horizons in Ohio:
 - Sin costo para usted.
 - En los idiomas predominantes que no son inglés de los afiliados en el área de servicio de Humana Healthy Horizons in Ohio.
 - En otros formatos, para ayudar a los afiliados con necesidades especiales y que, por la razón que sea, pueden tener dificultad para leer la información.
- Obtener ayuda con el lenguaje de señas si tiene problemas de audición.
- Ser informado si un proveedor de cuidado de la salud es un estudiante y ser capaz de rechazar su cuidado médico.
- Ser informado si el cuidado médico es experimental y tener la posibilidad de no recibir este cuidado.
- Dar instrucciones anticipadas (un testamento en vida).
- Presentar cualquier queja sobre no seguir sus instrucciones anticipadas ante el Departamento de Salud de Ohio.
- Cambiar su proveedor de cuidado primario (PCP) a otro PCP en la red de Humana Healthy Horizons in Ohio al menos una vez al mes. Humana Healthy Horizons in Ohio debe enviarle material por escrito que diga quién es el nuevo PCP para la fecha del cambio.
- Tener la libertad de ejercer sus derechos y saber que Humana Healthy Horizons in Ohio, los proveedores de Humana Healthy Horizons in Ohio o el Departamento de Medicaid de Ohio no tomarán represalias en su contra.
- Saber que Humana Healthy Horizons in Ohio debe seguir todas las leyes federales y estatales, y otras leyes sobre privacidad que se aplican.
- Elegir el proveedor que le brinde cuidado siempre que sea posible y apropiado.
- Si usted es una mujer, para poder ir a un proveedor de salud de la mujer en la red de servicios de salud para mujeres cubiertos de Humana Healthy Horizons in Ohio.
- Obtener una segunda opinión de un proveedor calificado en la red de Humana Healthy Horizons in Ohio. Si un proveedor calificado no puede verle, Humana Healthy Horizons in Ohio debe programar una visita con un proveedor que no esté en nuestra red.

- Obtener información sobre Humana Healthy Horizons in Ohio de nosotros.
- Comunicarse con el Departamento de Medicaid de Ohio o la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en las direcciones a continuación con cualquier queja de discriminación basada en raza, etnia, religión, género, identidad de género, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición militar, información genética, ascendencia, estado de salud o necesidad de servicios de salud.

The Ohio Department of Medicaid
Office of Human Resources, Employee Relations
P.O. Box 182709
Columbus, Ohio 43218-2709

Correo electrónico: ODM_EmployeeRelations@medicaid.ohio.gov
Fax: (614)644-1434

Office for Civil Rights
United States Department of Health and Human Services
233 N. Michigan Ave. – Suite 240
Chicago, Illinois 60601
Tel: (312) 886-2359 TTY (312) 353-5693

Sus obligaciones

Como afiliado de Humana Healthy Horizons in Ohio, usted acepta:

- Trabajar con su PCP para proteger y mejorar su salud.
- Averiguar cómo funciona la cobertura de su plan de salud.
- Escuchar el consejo de su PCP y hacer preguntas cuando tenga dudas.
- Llamar o acudir a su PCP si no mejora o pide ver a otro proveedor.
- Tratar al personal de cuidado de la salud con el respeto que usted mismo espera.
- Informarnos si tiene problemas con alguien del personal de cuidado de la salud llamando a Servicios para afiliados al 877-856-5702 (TTY: 711).
- Mantener sus citas y llamar apenas pueda si debe cancelar alguna.
- Utilizar el Departamento de Emergencias únicamente para las emergencias reales.
- Llamar a su PCP cuando necesite cuidado médico, incluso fuera del horario de atención.

Como afiliado de Humana Healthy Horizons in Ohio, debe asegurarse de:

- Conocer sus derechos.
- Cumplir con las políticas y procedimientos de Humana Healthy Horizons in Ohio.
- Conocer sus opciones de servicio y tratamiento.

- Participar activamente de las decisiones relativas a su salud y cuidado personal y llevar un estilo de vida saludable.
- Comprender sus problemas de salud en la medida que sea capaz de hacerlo.
- Participar para lograr las metas que acuerdan usted y su proveedor de cuidado de la salud.
- Hacernos saber si está disconforme con nosotros o con alguno de nuestros proveedores.
- Usar solo proveedores aprobados.
- Denunciar sospechas de fraude, malgasto o abuso.
- Mantener las visitas médicas programadas (por ejemplo, llegar a tiempo y, si tiene que cancelar, llamar con al menos 24 horas de anticipación para cancelar).
- Seguir los consejos y las instrucciones de cuidado que acordó con sus médicos y otros proveedores de cuidado de la salud.
- Llevar y mostrar siempre su tarjeta de identificación del afiliado al recibir servicios.
- Nunca permitir a otra persona usar su tarjeta de identificación del afiliado.
- Hacernos saber si se produce un cambio de nombre, dirección o número de teléfono, o un cambio en la cantidad de integrantes de su familia (por ejemplo, nacimiento, muerte, etc.).
 - Queremos asegurarnos de que siempre podamos conectarnos con usted sobre su cuidado. Como no queremos que deje de ser afiliado nuestro, es realmente importante que nos lo haga saber. También es una buena idea informar a su Departamento de Medicaid de Ohio (ODM) local.
- Llame a su PCP después de ir a un centro de cuidado de urgencia, tener una emergencia médica o recibir cuidado médico fuera del área de servicio de Humana Healthy Horizons in Ohio.
- Informe a Humana Healthy Horizons in Ohio si tiene otra cobertura de seguro de salud.
- Proporcione la información que Humana Healthy Horizons in Ohio y sus proveedores de cuidado de la salud necesitan para cuidarlo.
- Notifíquenos inmediatamente de cualquier reclamo de compensación al trabajador, una demanda pendiente por lesiones personales o negligencia médica, o si fue parte de un accidente automovilístico.

Le informaremos sobre los cambios en nuestros derechos y responsabilidades de los afiliados en nuestro sitio web en espanol.humana.com/HealthyOhio.

Finalización de su afiliación a Humana Healthy Horizons in Ohio

Como afiliado de una organización de cuidado administrado (MCO), tiene derecho a elegir finalizar su afiliación en ciertos momentos del año. Puede optar por finalizar su afiliación durante los primeros tres meses de su afiliación o durante el mes anual de inscripción abierta. El Departamento de Medicaid de Ohio le enviará material por correo para informarle cuándo será su mes anual de inscripción abierta. Si vive en un área de inscripción obligatoria, tendrá que elegir otra organización de cuidado administrado para que cubra sus servicios de cuidado de la salud.

Si desea terminar su afiliación durante los primeros tres meses de afiliación o durante el mes anual de inscripción abierta, puede llamar a la línea directa de Medicaid al 800-324-8680; (TTY 800-292-3572). También puede enviar una solicitud en línea al sitio web de la línea directa de Medicaid en www.ohiomh.com. Si llama antes de los últimos 10 días del mes, su afiliación finalizará el primer día del mes siguiente. Si llama después de este tiempo, su afiliación no terminará hasta el primer día del mes siguiente. Si elige otra organización de cuidado administrado, su nueva organización de cuidado administrado le enviará información por correo antes de la fecha de inicio de su afiliación.

Terminación de la afiliación por justa causa

En algunas ocasiones, puede haber una razón especial por la que necesita terminar su afiliación a un plan. Esto se denomina terminación de la afiliación por “justa causa”. Para solicitar la terminación de una afiliación por justa causa, primero debe llamar a Humana Healthy Horizons in Ohio y darnos la oportunidad de resolver el problema. Si no podemos resolver el problema, puede solicitar una terminación por justa causa por una de las siguientes razones:

1. Usted se muda y su MCO actual no está disponible donde vive ahora, y necesita cuidado médico que no sea de emergencia en su nueva área antes de que finalice su membresía de MCO.
2. Su MCO actual no cubre, por objeciones morales o religiosas, un servicio médico que usted necesita.
3. Su médico ha dicho que algunos de los servicios médicos que necesita deben recibirse al mismo tiempo y que no todos los servicios están incluidos en la red de la MCO.
4. Le preocupa que no esté recibiendo cuidado de calidad y que los servicios que necesita no estén disponibles de otro proveedor en la red de Humana Healthy Horizons in Ohio.
5. Usted tiene acceso a servicios necesarios por razones médicas cubiertos por Medicaid o no tiene acceso a proveedores que tengan experiencia en el manejo de sus necesidades especiales de cuidado de la salud.
6. El PCP que eligió ya no está en su red de Humana Healthy Horizons in Ohio y era el único PCP dentro de la red que hablaba su idioma y estaba ubicado a una distancia razonable de usted; u otro plan tiene un PCP en su red que habla su idioma que se encuentra a una distancia razonable de usted y lo aceptará como paciente.

7. Si cree que permanecer como afiliado en su plan de cuidado administrado actual es perjudicial para usted y no es lo mejor para usted.
8. Si el niño está recibiendo mantenimiento de cuidado de crianza federal según el Título IV-E o está en cuidado de crianza u otra colocación fuera del hogar. El cambio debe ser iniciado por la agencia de servicios públicos para niños (PCSA, por sus siglas en inglés) local o el tribunal de menores local del Título IV-E.

Puede solicitar que termine su afiliación por una justa causa llamando a la línea directa de Medicaid al 800-324-8680; (TTY 800-292-3572). El Departamento de Medicaid de Ohio revisará su solicitud y decidirá si cumple con una razón de justa causa. Recibirá una carta por correo para informarle si el Departamento de Medicaid de Ohio terminará su afiliación y la fecha en que finaliza su afiliación. Si vive en un área de inscripción obligatoria, tendrá que elegir otro plan a menos que el Departamento de Medicaid de Ohio le diga lo contrario. Si su solicitud de justa causa es denegada, el Departamento de Medicaid de Ohio le enviará información que explique su derecho a una audiencia del Estado para apelar la decisión.

Cuestiones a tener en cuenta si termina su afiliación

Si ha seguido alguno de los pasos anteriores para terminar su afiliación, recuerde:

- Continúe usando médicos y otros proveedores de Humana Healthy Horizons in Ohio hasta el día en que sea afiliado de su nuevo plan de salud o vuelva a recibir Medicaid regular.
- Si eligió un nuevo MCP y no ha recibido una tarjeta de identificación del afiliado antes del primer día del mes cuando es afiliado del nuevo plan, llame al Departamento de Servicios para Afiliados de Humana Healthy Horizons in Ohio. Si no pueden ayudarlo, llame a la línea directa de Medicaid al 800-324-8680; TTY 800 292-3572.
- Si se le permitió regresar a la tarjeta regular de Medicaid y no ha recibido una nueva tarjeta de Medicaid, llame a su trabajador social del condado.
- Si ha elegido una nueva MCO y tiene visitas médicas programadas, llame a su nuevo plan para asegurarse de que estos proveedores estén en la red de proveedores del nuevo plan y que se realice cualquier trámite necesario. Estos son algunos ejemplos de cuándo debe llamar a su nuevo plan: *cuando tiene una cita para ver a un nuevo médico, una cirugía, análisis de sangre o radiografía programada, especialmente si está embarazada.*
- Si se le permitió regresar a Medicaid regular y tener visitas médicas programadas, llame a los proveedores para asegurarse de que aceptarán la tarjeta regular de Medicaid.

Terminaciones opcionales de la afiliación

Usted tiene la opción de no ser afiliado de una organización de cuidado administrado (MCO) si:

- Es afiliado de una tribu nativa reconocida federalmente, independientemente de su edad.

- Es una persona que recibe servicios de exención basados en el hogar y la comunidad a través del Departamento de Discapacidades del Desarrollo de Ohio.

Si cree que usted o su hijo cumplen con alguno de los criterios anteriores y no desea ser afiliado de una organización de cuidado administrado, puede llamar a la línea directa de Medicaid al 800-324-8680 (TTY 800-292-3572). Si cumple con los criterios anteriores y no desea ser afiliado de una MCO, su afiliación de MCO terminará.

Exclusiones – Personas a las que no se les permite unirse a una MCO de Medicaid:

Es posible que no se le permita unirse a una organización de cuidado administrado (MCO) de Medicaid si:

- Es elegible tanto para Medicaid como para Medicare:
- institucionalizado (en un hogar de ancianos y no son elegibles bajo la categoría de Extensión para adultos, centro de atención a largo plazo, centro de cuidado intermedio para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID, por sus siglas en inglés) o algún otro tipo de institución); o
- recibe servicios de exención de Medicaid y no son elegibles bajo la categoría de Extensión para adultos.

** Si usted es elegible para Medicaid bajo la categoría de Extensión para adultos, recibirá sus servicios de enfermería en el hogar de ancianos a través de la organización de cuidado administrado. Además, los afiliados de Extensión para adultos aprobados para los servicios de exención permanecerán en la organización de cuidado administrado.*

Si cree que cumple con alguno de los criterios anteriores y no debe ser afiliado de una organización de cuidado administrado, debe llamar a la línea directa de Medicaid al 800-324-8680 (TTY 800-292-3572). Si cumple con los criterios anteriores, su afiliación a la MCO terminará.

¿Puede Humana Healthy Horizons in Ohio terminar mi afiliación?

Humana Healthy Horizons in Ohio puede pedirle al Departamento de Medicaid de Ohio que termine su afiliación por ciertas razones. El Departamento de Medicaid de Ohio debe aprobar la solicitud antes de que su afiliación pueda ser finalizada.

Las razones por las que Humana Healthy Horizons in Ohio pueden solicitar que termine su afiliación son las siguientes:

- Fraude o por mal uso de su tarjeta de identificación Humana Healthy Horizons in Ohio.
- Comportamiento disruptivo o poco cooperativo en la medida en que afecte la capacidad de la MCO para brindarle servicios a usted u otros afiliados.

Humana Healthy Horizons in Ohio brinda servicios a nuestros afiliados debido a un contrato que Humana Healthy Horizons in Ohio tiene con el Departamento de Medicaid de Ohio. Si desea comunicarse con el Departamento de Medicaid de Ohio, puede llamar o escribir a:

Ohio Department of Medicaid
Office of Managed Care

Bureau of Managed Care Compliance and Oversight
P.O. Box 182709
Columbus, Ohio 43218-2709

Teléfono: 800-324-8680

TTY: 800-292-3572

También puede visitar el Departamento de Medicaid de Ohio en la web en www.medicaid.ohio.gov.

Puede ponerse en contacto con Humana Healthy Horizons in Ohio para obtener toda la información que desee, incluida la estructura y el funcionamiento de Humana Healthy Horizons in Ohio y cómo pagamos a nuestros proveedores. Si desea informarnos sobre cosas que cree que deberíamos cambiar, llame a Servicios para afiliados al 877-856-5702 (TTY: 711).

Elegir un nuevo plan

Si está pensando en terminar su afiliación para cambiar a otra organización de cuidado administrado (MCO), debe conocer sus opciones. Especialmente si desea mantener a sus proveedores actuales. Recuerde, cada MCO tiene su propia lista de médicos y hospitales que están en la red. Cada MCO también tiene información escrita que explica los beneficios que ofrece y las reglas que tiene. Si desea información por escrito sobre una organización de cuidado administrado a la que está pensando unirse o si simplemente tiene preguntas sobre la MCO, puede llamar al plan o llamar a la línea directa de Medicaid al 800-324-8680; TTY 800-292-3572. También puede encontrar información sobre las MCO en su área visitando el sitio web de la línea directa de Medicaid en www.ohiomh.com.

Podría perder la elegibilidad para el cuidado médico administrado de Medicaid

Se terminará su afiliación a Humana Healthy Horizons in Ohio si:

- Permanece en un hogar de ancianos durante más de 30 días seguidos.
- Se vuelve elegible para Medicare.
- Abusa de los afiliados, los proveedores o el personal del plan de salud, o los lastima.
- No completa los formularios de manera honesta o no proporciona información real (comete fraude).

Pérdida de elegibilidad para Medicaid

Es importante que asista a sus citas con el Departamento de Servicios Laborales y Familiares del Condado. Si pierde una visita o no proporciona la información que le piden, puede perder su elegibilidad para Medicaid. Si esto sucediera, Humana Healthy Horizons in Ohio le diría que dejará de ser afiliado de Medicaid y ya no estaría cubierto por Humana Healthy Horizons in Ohio.

Instrucciones anticipadas

Las instrucciones anticipadas son formularios que completa si se enferma gravemente o no puede tomar sus propias decisiones de cuidado de la salud. Tal vez encuentre estos

formularios en los consultorios de los médicos y los hospitales. Si no ha pensado todavía sobre esto, quizás ahora sea un buen momento para comenzar a hacerlo. Tal vez también desee conversarlo con su familia. Sin embargo, las instrucciones anticipadas son siempre voluntarias. Debe ser mayor de 18 años para otorgar instrucciones anticipadas.

Las instrucciones anticipadas pueden darle la tranquilidad de saber que las decisiones sobre su tratamiento médico serán expresadas y cumplidas. Permiten a su médico y a otros saber qué tratamiento usted desea recibir o quién prefiere que tome las decisiones sobre el cuidado de su salud si se enferma gravemente.

Debe firmarlas mientras todavía esté saludable y sea capaz de tomar estas decisiones. Se utilizan solo si está demasiado enfermo o no es capaz de comunicarse. Le permiten expresar si desea que se proceda de determinada manera para mantenerle con vida o designar a una persona para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por usted. Tiene derecho a cancelar sus instrucciones anticipadas en cualquier momento, siempre que sea capaz de hacerlo.

Puede cambiar sus instrucciones anticipadas cuando lo desee. Debe guardar una copia de sus instrucciones anticipadas en sus archivos personales, y también dar copias a:

- Su proveedor o centro de cuidado de la salud para incluir en su registro médico.
- Un familiar o amigo de confianza.

La legislación de Ohio exige que nosotros, su familia, su médico y otros proveedores de cuidado de la salud respeten sus instrucciones anticipadas válidas, a menos que la legislación estipule una excepción.

La ley federal le otorga el derecho a presentar una queja formal ante Humana Healthy Horizons in Ohio o con la Agencia Estatal de Encuestas y Certificación si no está satisfecho.

Instrucciones anticipadas en Ohio

En Ohio existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas. Las instrucciones anticipadas pueden incluir lo siguiente:

- Testamentos en vida.
- Poder notarial para el cuidado de la salud.
- Instrucciones de tratamiento de salud mental.

Le notificaremos a usted, a su PCP y a nuestro equipo de Servicios para afiliados dentro de los noventa (90) días de los cambios en las reglas y regulaciones para estas instrucciones anticipadas.

Puede solicitar instrucciones anticipadas impresas comunicándose con Servicios para afiliados al 877-856-5702 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 7 a.m. a 8 p.m., hora del este.

Testamento en vida

Un testamento en vida le permite dejar instrucciones en estas áreas importantes. Usted puede:

- Designar un curador para el cuidado de la salud.
- Rechazar o solicitar un tratamiento para prolongar la vida.
- Rechazar o solicitar alimentación o hidratación artificial.
- Expresar sus deseos con respecto a la donación de órganos.

Si designa un curador para cuidado de la salud, autoriza a una o más personas como, por ejemplo, un familiar o un buen amigo, a tomar decisiones por usted sobre el cuidado de la salud si usted pierde la capacidad para decidir por sí mismo. Al elegir un curador para cuidado de la salud, recuerde que la persona que designe tendrá la facultad de tomar decisiones importantes con respecto su tratamiento, incluso si otras personas cercanas prefieren tomar otra decisión.

Elija a la persona más calificada para ser su curador para cuidado de la salud. También, considere elegir una persona de respaldo, en caso de que su primera elección no esté disponible cuando la necesite. No deje de informar a la persona que la designó su curador para cuidado de la salud y asegúrese de que esa persona comprenda lo que es más importante para usted. Sus deseos deben plantearse expresamente en el testamento en vida.

Un testamento en vida le permite plantear sus deseos conocidos con respecto a tratamientos para prolongar la vida y a alimentación o hidratación artificial de manera que su curador para cuidado de la salud o médico sepan qué espera usted de ellos. También puede decidir si desea donar sus órganos cuando muera. Si decide hacer un testamento en vida, no deje de hablar sobre el tema con su familia o su médico.

Los testamentos en vida deben ser:

- Por escrito.
- Firmados y fechados por usted.
- Presenciados por dos adultos o un notario.

Recuperación patrimonial

Si usted está institucionalizado de forma permanente o tiene 55 años o más cuando recibe los beneficios de Medicaid, el programa de recuperación patrimonial puede recuperar los pagos por el costo de su cuidado pagado por Medicaid de su patrimonio. El costo de su cuidado puede incluir el pago por capitación que Medicaid paga a su plan de cuidado administrado, incluso si el pago por capitación es mayor que el costo de los servicios que recibió. **La recuperación patrimonial solo ocurre después de la muerte del beneficiario de Medicaid.**

Instrucciones de tratamiento de salud mental

También puede expresar sus preferencias específicas relativas al tratamiento de salud mental que desea recibir si no puede tomar sus propias decisiones con respecto a un tratamiento de salud mental. Por ejemplo, tal vez no desee recibir ciertos tipos de medicamentos o tratamientos.

Las instrucciones de tratamiento de salud mental deben ser:

- Por escrito.
- Firmados y fechados por usted.
- Presenciados por dos adultos o un notario.

Para obtener más información sobre cómo puede expresar sus preferencias sobre el tratamiento de salud mental que desea recibir, visite espanol.humana.com.

Otras personas que pueden tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por usted

Si usted no tiene instrucciones anticipadas y no es capaz de tomar decisiones sobre el cuidado de la salud, la legislación de Ohio permite a otras personas tomar decisiones por usted. Las otras personas pueden ser:

- Hijo adulto
- Abogado
- Tutor legal
- Pariente más cercano
- Padre o madre
- Cónyuge

Si tiene alguna duda con respecto a las instrucciones anticipadas, debe consultar a un profesional calificado en asuntos jurídicos. Esta información se brinda solo como reseña general y no pretende reemplazar el asesoramiento legal.

Poder notarial para el cuidado de la salud

Un poder notarial para el cuidado de la salud es un documento legal en el que puede nombrar a una o más personas como sus agentes de cuidado de la salud para que tomen decisiones médicas y de salud del comportamiento por usted cuando no puede decidir por sí mismo. Siempre puede decir qué tratamientos médicos o de salud del comportamiento desea o no desea recibir. Debe elegir a un adulto de su confianza para que sea su agente de cuidado de la salud. Analice sus deseos con la persona o personas que quiere que tengan su poder notarial antes de ponerlos por escrito.

Una vez más, siempre es útil analizar los deseos con la familia, los amigos y el médico. El poder notarial para el cuidado de la salud entrará en vigor cuando un médico indique por escrito que usted no puede tomar decisiones en torno al cuidado de la salud, o comunicarlas. Si debido a creencias morales o religiosas no quiere que un médico tome esta determinación, la ley ofrece un proceso para que lo haga una persona que no sea un médico.

Fraude, malgasto y abuso

Tenemos un programa integral de fraude, malgasto y abuso en nuestro Departamento de Investigaciones Especiales. Diseñamos este programa para manejar casos de fraude en el cuidado administrado. Ayúdenos denunciando situaciones controvertidas.

El fraude puede ser cometido por proveedores, farmacias o afiliados. Monitoreamos y tomamos medidas en todos los casos de fraude, malgasto y abuso por parte de proveedores, farmacias o afiliados.

Los siguientes son algunos ejemplos de fraude, malgasto y abuso por parte de los proveedores, que incluyen a médicos y otros proveedores de cuidado de la salud:

- Cometer fraude de agente.
- Facturar servicios más costosos que los que se proporcionaron.
- Facturar pruebas o servicios que no se proporcionaron.
- No proporcionar a los pacientes los servicios necesarios por razones médicas debido a tarifas de reembolso inferiores.
- Recetar medicamentos, equipos o servicios que no son necesarios por razones médicas.
- Impedir a los afiliados recibir servicios cubiertos, lo que resulta en que los servicios ofrecidos no se aprovechen plenamente.
- Programar visitas más frecuentes al consultorio de las que son necesarias por razones médicas.
- Usar deliberadamente códigos médicos incorrectos con el fin de recibir más dinero.

Los siguientes son algunos ejemplos de fraude, malgasto y abuso por parte de las farmacias:

- Entregar una cantidad inferior a la recetada y después no informar al afiliado sobre cómo recibir el resto del medicamento.
- No entregar los medicamentos tal como se recetaron.
- Presentar reclamaciones por un medicamento de marca más costoso, pero usted recibe un medicamento genérico de costo inferior.

Los siguientes son algunos ejemplos de fraude, malgasto y abuso por parte de los afiliados:

- Modificar o falsificar las recetas.
- Recibir equipos y suministros innecesarios.
- Describir síntomas y otra información incorrectos a proveedores para recibir tratamiento, medicamentos, etc.
- Usar los servicios de manera inadecuada; por ejemplo, vender narcóticos recetados o tratar de obtener sustancias controladas de más de un proveedor o farmacia.

- Tergiversar la elegibilidad.
- No informar que se cuenta con la cobertura de otro seguro de salud.
- Recibir servicios o medicamentos con la identificación de otra persona (robo de identidad).
- Compartir su tarjeta de identificación del afiliado con otra persona.
- Realizar demasiadas visitas a la sala de emergencias cuando no se trata de una emergencia.
- Utilizar medicamentos para el dolor cuando no son necesarios.

Si se demuestra que han abusado o realizado uso indebido de sus beneficios cubiertos, los afiliados podrían:

- Estar limitados a solo un PCP, un proveedor de sustancias controladas, una farmacia o un hospital para servicios que no sean servicios en casos de emergencia.
- Ser procesados y encarcelados por un delito.
- Tener que devolver el dinero que hemos pagado por los servicios que se determinó que correspondían a uso indebido de beneficios.

Si sospecha de fraude, malgasto o abuso

Si cree que un médico, farmacia o afiliado está cometiendo fraude, malgasto o abuso, debe informarnos. Presente su denuncia de una de las siguientes maneras:

- Llame al 800-614-4126 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - Seleccione la opción del menú para denunciar fraudes.
- Complete el formulario de denuncia de fraude, malgasto y abuso en español. humana.com/Fraud.
- Escriba una carta y envíela a:

Humana
Attn: Special Investigations Unit
1100 Employers Blvd.
Green Bay, WI 54344

Puede denunciar sospechas de fraude y abuso llamando a la línea de fraude de la Oficina del Inspector General de los Estados Unidos al 800-HHS-TIPS (800-447-8477).

Visite espanol.humana.com/Fraud para obtener más información.

No es necesario que nos indique su nombre cuando escribe o llama por teléfono. Existen otras formas de comunicarse con nosotros que no son anónimas. Si no le preocupa darnos su nombre, también puede utilizar una de las alternativas siguientes para comunicarse con nosotros:

- Envíenos un correo electrónico* a siureferrals@humana.com o a ethics@humana.com.
- Envíenos un fax al 920-339-3613.

Si denuncia fraude, malgasto o abuso, tenga a bien indicar todos los pormenores que pueda. Incluya nombres y números de teléfono. Puede mantener el anonimato. Si lo hace, no nos será posible llamarle por teléfono para brindarle información adicional. Su denuncia se mantendrá como información confidencial en la medida que lo permita la legislación.

*La mayoría de los sistemas de correo electrónico no están protegidos contra terceros. Esto significa que otras personas pueden acceder a su correo electrónico sin que usted lo sepa o dé su aprobación. No utilice el correo electrónico para brindarnos información que considera que es confidencial, como su número de identificación de afiliado, número de Seguro Social o información de salud. En su lugar, utilice el formulario o el número de teléfono que se indica arriba.

Esto puede ayudar a proteger su privacidad.

Manténganos informados

Llame a Servicios para afiliados al 877-856-5702 (TTY: 711) cuando estos cambios ocurren en su vida:

- Da a luz.
- Tiene un cambio en la elegibilidad.
- Hay un cambio en la cobertura para usted o sus hijos.



Mejora de la calidad

Propósito del programa

El Programa de mejoramiento de la calidad de Humana Healthy Horizons in Ohio:

- Incluye servicios clínicos y no clínicos.
- Se actualiza según sea necesario para responder a las necesidades de los afiliados, los comentarios de los proveedores, los estándares actuales de cuidado y las necesidades comerciales.

Las metas y objetivos del Programa de mejora de la calidad incluyen los siguientes:

- Coordinación del cuidado.
- Evaluar el desempeño y la eficiencia de los servicios recibidos, clínicos y no clínicos.
- Mejorar la calidad y la seguridad del cuidado clínico y los servicios prestados a los afiliados.
- Promoción de la calidad del cuidado.

Los principios rectores del Programa de mejora de la calidad incluyen los siguientes:

- Marcar una diferencia duradera en la vida de nuestros afiliados mejorando su salud y bienestar.
- Transformar vidas a través de servicios de salud y sociales innovadores.

Humana Healthy Horizons in Ohio apoya el triple objetivo de Institutes for Healthcare Improvement:

- Al mismo tiempo, mejorar la salud de los afiliados, optimizar la experiencia y los resultados de los afiliados, y reducir el costo del cuidado en beneficio de todos.

El propósito del Programa de mejora de la calidad de Humana Healthy Horizons in Ohio es garantizar que tengamos la capacidad necesaria para:

- Crear un Programa integral de manejo de la salud de la población.
- Crear un Programa integral de compromiso de los proveedores.
- Obtener un reconocimiento en los estándares de acreditación del National Committee for Quality Assurance (NCQA).
- Alcanzar la calificación de alto nivel de desempeño en la Encuesta de consumidores acerca de proveedores y sistemas de cuidado de la salud (CAHPS®).
- Recibir la calificación de alto nivel de desempeño en el Conjunto de datos e información sobre la efectividad de los servicios de salud (HEDIS®).

HEDIS® es una marca comercial registrada del National Committee for Quality Assurance (NCQA).

CAHPS® es una marca comercial registrada del Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).

Alcance del programa

El Programa de mejora de la calidad de Humana Healthy Horizons in Ohio rige las actividades de evaluación y mejora de la calidad de Humana Healthy Horizons in Ohio. Entre otros, el alcance incluye lo siguiente:

- Evaluar las características y las necesidades de los afiliados.
- Evaluar la disponibilidad geográfica y la accesibilidad a los proveedores de cuidado primario y de especialidad.
- Cumplir con los estándares de acreditación del NCQA.
- Asegurar que el Programa de mejora de la calidad esté sirviendo efectivamente a los afiliados con necesidades de salud complejas.
- Asegurar que el Programa de mejora de la calidad esté sirviendo efectivamente a los afiliados con necesidades cultural y de idioma diversas.
- Establecer prácticas clínicas seguras en toda la red de proveedores.
- Cumplir con la verificación del cumplimiento y las medidas de desempeño que establece HEDIS.
- Manejar todas las quejas formales con respecto al cuidado y los servicios de calidad.

- Monitorear y evaluar la satisfacción de los afiliados y proveedores.
- Fomentar el modelo de mejora de Institutes for Healthcare Improvement.
- Realizar la supervisión de la calidad de todos los servicios clínicos.

El director médico de Humana Healthy Horizons in Ohio supervisa el Programa de mejora de la calidad. El director de mejora de la calidad implementa el programa. Anualmente, Humana Healthy Horizons in Ohio pone a disposición de los afiliados y proveedores información sobre el Programa de mejora de la calidad en espanol.humana.com/HealthyOhio. Para obtener una copia impresa del Programa de mejora de la calidad de Humana, llame a Servicios para afiliados.

Humana Healthy Horizons in Ohio recopila y utiliza datos de desempeño de proveedores para mejorar la calidad de los servicios.

Medidas de calidad

Humana Healthy Horizons in Ohio continuamente evalúa y analiza la calidad del cuidado y de los servicios que ofrecemos a nuestros afiliados. Utilizamos el monitoreo y la evaluación objetivos y sistemáticos para mejorar los resultados.

Utilizamos HEDIS y otras medidas de desempeño para medir la calidad del cuidado brindado a los afiliados. HEDIS es una de las formas de medición de cuidado de la salud utilizadas más extensamente en los Estados Unidos. El Comité Nacional de Garantía de Calidad (NCQA, por sus siglas en inglés) desarrolla y mantiene HEDIS.

Los planes de salud de los Estados Unidos utilizan la herramienta HEDIS para medir dominios importantes de cuidado y servicio. Permite comparaciones entre planes de salud para cumplir con las medidas de desempeño estatales y federales y los puntos de referencia nacionales de HEDIS.

Las medidas HEDIS se fundamentan en el cuidado basado en pruebas y responden a los aspectos del cuidado más urgentes. Las posibles medidas de calidad para Humana están relacionadas con:

- Manejo de medicamentos antidepresivos.
- Salud del comportamiento.
- Manejo de enfermedades crónicas.
- Cuidado integral de la diabetes.
- Control de la presión arterial alta.
- Seguimiento después de internaciones hospitalarias por enfermedades mentales.
- Seguimiento de niños recetados con medicamentos para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).
- Salud materna.

- Pruebas de detección preventivas (p. ej., cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, clamidia).
- Seguridad.
- Uso de estudios por imágenes a causa de dolor lumbar.
- Cuidado preventivo infantil.
- Bienestar y prevención.

Humana Healthy Horizons in Ohio utiliza las encuestas anuales de CAHPS para capturar las perspectivas de los afiliados sobre la calidad del cuidado de la salud. CAHPS es un programa supervisado por la Agencia para la Investigación y Calidad del Cuidado de la Salud (AHRQ) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Las posibles medidas de CAHPS que utiliza el plan son:

- Servicio al cliente.
- Rapidez para recibir cuidado.
- Obtención del cuidado necesario.
- Nivel de comunicación de los médicos.
- Calificaciones de todos los médicos, planes de salud, médicos personales y especialistas.

Directrices preventivas y directrices de prácticas clínicas

Humana Healthy Horizons in Ohio recomienda los estándares y las directrices aceptados en todo el país y basados en pruebas para ayudar a informar y guiar el cuidado clínico que se brinda a los afiliados de Humana Healthy Horizons in Ohio. Las directrices se revisan al menos una vez al año, o con más frecuencia si corresponde, y se actualizan según sea necesario.

Estas directrices:

- Se utilizan para medir cómo afectan los resultados del cuidado.
- Son revisadas por el Comité de Guías de Práctica Clínica de Humana, que también recomienda actualizaciones.
- Están aprobadas por el Comité Corporativo de Mejora de la Calidad de Humana.
- Se presentan al Comité de Mejora de la Calidad de Humana Healthy Horizons in Ohio.

Los temas de las directrices se identifican a través del análisis de los afiliados. Las directrices pueden incluir, entre otros, lo siguiente:

- Salud de personas adultas (p. ej., presión arterial alta, diabetes).
- Salud del comportamiento (p. ej., depresión).
- Salud de la población (p. ej., obesidad, dejar de fumar).

La información sobre las guías de práctica clínica y la información de salud está disponible para los afiliados de Humana Healthy Horizons in Ohio a través de los boletines informativos para afiliados, el sitio web para afiliados de Humana Healthy Horizons (espanol.humana.com/HealthyOhio) o previa solicitud. Los afiliados y proveedores tienen a su disposición las directrices preventivas y los enlaces relativos a la salud en el sitio web o en ejemplares impresos.

Su salud es importante

Se detallan a continuación algunas maneras para mantener o mejorar su salud:

- Establezca una relación con un proveedor de cuidado de la salud.
- Asegúrese de que tanto usted como su familia se realizan chequeos regulares con su proveedor de cuidado de la salud.
- Asegúrese de ver a su médico con regularidad, siga el tratamiento que su médico le ha dado y tome los medicamentos que su médico le ha pedido que tome si tiene una afección crónica (como asma o diabetes).

Recuerde, la línea de consulta médica está disponible para brindarle ayuda las 24 horas. Puede llamar al número que figura en su tarjeta de identificación del afiliado las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

Humana Healthy Horizons in Ohio tiene programas que pueden ayudarle a mantener o mejorar su salud. Para obtener más información sobre estos programas, llame a Servicios para afiliados al 877-856-5702 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 7 a.m. a 8 p.m., hora del este.

Aviso de prácticas de privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE.

La privacidad de su información personal y de salud es importante. No tiene que hacer nada, a menos que tenga una solicitud o una queja.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, según lo permitido por la ley. Esto incluye el derecho de aplicar los cambios de nuestras prácticas de privacidad y los términos revisados de nuestro aviso a toda la información personal y de salud que mantenemos. Esto incluye información que creamos o recibimos antes de efectuar los cambios. Cuando hagamos un cambio importante en nuestras prácticas de privacidad, modificaremos este aviso y se lo enviaremos a los suscriptores de nuestro plan de salud.

¿Qué es información personal y de salud?

La información personal y de salud, que en adelante mencionaremos como la “información”, incluye tanto información médica como información individualmente identificable, como su nombre, dirección, número de teléfono o número de Seguro Social. El término “información” en este aviso incluye toda la información personal y de salud que crea o recibe un proveedor de cuidado de la salud o un plan de salud que se relacione con

su salud o afección física o mental, que le proporcione cuidado de salud a usted, o el pago de dicho cuidado de salud. Protegemos esta información en todos los formatos, incluso la información electrónica, escrita u oral.

¿Cómo protegemos su información?

De conformidad con las leyes federales y estatales y con nuestra propia política, tenemos la responsabilidad de proteger la privacidad de la información. Aplicamos salvaguardas para proteger su información de varias maneras, entre ellas las siguientes:

- Informando a usted sobre sus derechos legales con respecto a su información.
- Limitando la forma en que usamos o divulgamos la información.
- Limitando las personas que pueden ver la información.
- Capacitando a nuestros asociados sobre las políticas y los procedimientos de privacidad de la empresa.

¿Cómo usamos y divulgamos su información?

Debemos usar y divulgar su información:

- A usted o a alguien que tenga derecho legal a actuar en nombre de usted.
- A la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos.
- En los casos en que lo requiere la ley.

Tenemos derecho a usar y divulgar su información:

- A un médico, un hospital u otro proveedor de cuidado de la salud para que pueda recibir cuidado médico.
- Para actividades de pago, incluso pagos de reclamaciones por servicios cubiertos proporcionados a usted de parte de los proveedores de cuidado de la salud y por pagos de primas de planes de salud.
- Para actividades de operación de cuidado de la salud, incluidas las siguientes:
 - Procesar su inscripción.
 - Responder a sus consultas y solicitudes de servicios.
 - Coordinar su cuidado.
 - Resolución de disputas.
 - Realización de la gestión médica.
 - Mejora de la calidad.
 - Revisar la competencia de los profesionales de la salud.
 - Determinación de primas por realizar actividades de suscripción.

Nota: No utilizaremos los resultados de pruebas genéticas ni haremos preguntas sobre antecedentes familiares.

- Para permitirle al patrocinador de su plan realizar las funciones de administración del plan, como actividades de elegibilidad, afiliación y desafiliación.
 - Podemos compartir información de salud de nivel resumido con el patrocinador de su plan en ciertas situaciones; por ejemplo, para permitir al patrocinador obtener ofertas de otros planes de salud.
 - No compartiremos información de salud detallada con el patrocinador de su plan, salvo que usted nos autorice o que el patrocinador del plan haya certificado que acuerda mantener la privacidad de su información.
- Para contactarlo con información sobre:
 - Prestaciones y servicios relacionados con la salud.
 - Recordatorios de citas.
 - Alternativas de tratamiento que pueden ser de su interés si no ha optado por no participar como se describe a continuación.
- A sus familiares y amigos si usted no puede comunicarse, como en una emergencia.
- A sus familiares y amigos o cualquier otra persona que usted identifique, siempre que la información se relacione directamente con su participación en su cuidado de salud o el pago de dicho cuidado.
 - Por ejemplo, si un familiar o cuidador nos llama con conocimiento previo de un reclamo, podemos confirmar la recepción y el pago del reclamo.
- Para proporcionar información de pago al suscriptor para su justificación ante el Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés).
- A instituciones de salud pública si consideramos que existe una amenaza grave para la salud o la seguridad.
- A las autoridades adecuadas si constatan cuestiones de abuso o violencia doméstica.
- En respuesta a una orden judicial o administrativa, citación, solicitud de presentación de pruebas u otro procedimiento legal.
- A los efectos de hacer valer la ley, a autoridades militares y de cualquier otra forma que exija la ley.
- Para prestar asistencia en actividades de mitigación de desastres.
- Para programas de cumplimiento y actividades de supervisión de la salud.
- Para cumplir con nuestras obligaciones en virtud de una ley o contrato de compensación laboral.

- Para contrarrestar una amenaza grave e inminente para su salud o seguridad, o para la salud y seguridad de otros.
- Con fines de investigación en circunstancias limitadas.
- Para la adquisición, el depósito o el trasplante de órganos, ojos o tejido.
- A médicos forenses, patólogos y directores funerarios.

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

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

- La mayoría de los usos y las divulgaciones de notas de psicoterapia.
- Fines de comercialización.
- Venta de información médica protegida.

¿Qué hacemos con su información cuando usted ya no es afiliado o ya no tiene cobertura a través de nuestro plan?

Su información puede seguirse usando para los fines descritos en este aviso después de terminada su participación en el plan o cuando usted ya no recibe cobertura a través de nosotros. Después del período de retención legal requerido, destruiremos la información siguiendo procedimientos estrictos para mantener la confidencialidad.

¿Cuáles son mis derechos en relación con mi información?

Nuestro compromiso es responder a su solicitud de derechos de manera oportuna. A continuación, se indican sus derechos respecto a su información.

- Acceso: tiene derecho a revisar y obtener una copia de su información que se pueda utilizar para tomar decisiones sobre usted, como reclamaciones y registros de caso o de administración médica. También tiene derecho a recibir un resumen de dicha información de salud. Si solicita copias, podemos cobrarle un cargo por cada página, un cargo por hora de trabajo del personal para localizar y copiar la información, y por el envío por correo.
- Decisión de suscripción adversa: tiene derecho a que se le proporcione una razón en relación con una decisión de suscripción negativa o adversa si rechazamos su solicitud o seguro.
- Comunicaciones alternativas: tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales de información de una manera diferente o en un lugar diferente para evitar situaciones con riesgo de vida. Nos adaptaremos a su solicitud si la misma es razonable.
- Modificación: tiene derecho a solicitar una modificación de la información que mantenemos sobre usted si cree que dicha información es incorrecta o está

incompleta. Podemos rechazar su solicitud si no creamos la información, si no la mantenemos o si la información es correcta y está completa. Si rechazamos su solicitud, le daremos una explicación por escrito.

- **Divulgación:** tiene derecho a recibir una lista de las instancias en que nosotros o nuestros asociados comerciales hemos divulgado su información para propósitos que no sean tratamientos, pagos, operaciones del plan de salud y ciertas otras actividades. Mantenemos esta información y la ponemos a su disposición durante un período de seis años cuando lo solicite. Si solicita esta lista más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle un cargo razonable sobre la base del costo de responder a las solicitudes adicionales.
- **Aviso:** tiene derecho a obtener una copia por escrito de este aviso cada vez que lo solicite.
- **Restricción:** tiene derecho a pedir la restricción del uso y la divulgación de su información. No estamos obligados a aceptar esas restricciones, pero si lo hacemos, debemos respetar lo que acordemos. También tiene derecho a aceptar o terminar una restricción presentada previamente.

¿Qué tipos de comunicaciones puedo optar por no recibir?

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

¿Cómo puedo ejercer mis derechos u obtener una copia de este aviso?

Todos sus derechos de privacidad se pueden ejercer a través de los formularios de solicitud de derechos de privacidad aplicables. Puede obtener cualquiera de los formularios de la siguiente manera:

- Llámenos al 866-861-2762 (TTY: 711) en cualquier momento.
- Visite espanol.humana.com/Legal/Privacy.
- Envíe el formulario de solicitud completo a:

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

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

Si cree que se ha violado su privacidad de alguna manera, puede presentar una queja con nosotros llamándonos al 866-861-2762 (TTY: 711) en cualquier momento.

También puede presentar una queja por escrito ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Le proporcionaremos la dirección regional de OCR que corresponda si lo solicita.

También puede enviar su queja por correo electrónico a OCRComplaint@hhs.gov.

Apoyamos su derecho de proteger la privacidad de su información personal y de salud. No tomaremos ningún tipo de represalia si elige presentar una queja ante nosotros o ante el U.S. Department of Health and Human Services.

Cumplimos todas las leyes, reglas y reglamentaciones federales y estatales que rigen la protección de la información personal y de salud. En caso de existir un conflicto entre las leyes, reglas y reglamentaciones federales y estatales, elegiremos la ley, regla o reglamentación que proporcione mayor protección al afiliado.

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información personal.

¿Qué sucederá si mi información clasificada se utiliza o se divulga de manera inadecuada?

Tiene derecho a recibir un aviso de que, como consecuencia de una violación, su información privada no segura ha sido usada o divulgada de manera inadecuada. Le notificaremos de manera oportuna si ocurre una violación de este tipo.

Las siguientes compañías afiliadas y subsidiarias también cumplen nuestras políticas y procedimientos de privacidad:

Arcadian Health Plan, Inc.

CarePlus Health Plans, Inc.

Cariten Health Plan Inc.

CHA HMO, Inc.

CompBenefits Company

CompBenefits Dental, Inc.

CompBenefits Insurance Company

Corphealth Provider Link, Inc.

DentiCare, Inc.

Emphesys Insurance Company

HumanaDental Insurance Company

Humana Benefit Plan of Illinois, Inc.

Humana Employers Health Plan of Georgia, Inc.

Humana Health Benefit Plan of Louisiana, Inc.

Humana Health Company of New York, Inc.

Humana Health Insurance Company of Florida, Inc.

Humana Health Plan of California, Inc.

Humana Health Plan of Ohio, Inc.
Humana Health Plan of Texas, Inc.
Humana Health Plan, Inc.
Humana Health Plans of Puerto Rico, Inc.
Humana Insurance Company
Humana Insurance Company of Kentucky
Humana Insurance Company of Ohio
Humana Insurance Company of New York
Humana Insurance of Puerto Rico, Inc.
Humana Medical Plan, Inc.
Humana Medical Plan of Michigan, Inc.
Humana Medical Plan of Pennsylvania, Inc.
Humana Medical Plan of Utah, Inc.
Humana Regional Health Plan, Inc.
Humana Wisconsin Health Organization Insurance
Managed Care Indemnity, Inc.
The Dental Concern, Inc.

Formulario de solicitud de apelación/queja formal

Tenga a bien completar este formulario con la información sobre el afiliado cuyo tratamiento es objeto de la apelación.

Nombre del afiliado:	
Número de identificación del afiliado:	Fecha de nacimiento:
Representante autorizado*:	
Número de teléfono:	
Dirección: _____ _____ _____	

Número de servicio o reclamación:
Nombre del proveedor:
Fecha del servicio:

Explique su apelación y la resolución que espera. Adjunte páginas adicionales si necesita más lugar.

Parentesco con el afiliado (si es representante)

Importante: Devuelva este formulario a la siguiente dirección para que podamos procesar su queja formal o apelación:

Humana Healthy Horizons in Ohio
Grievance and Appeal Department
P.O. Box 14546
Lexington, KY 40512-4546
Fax: 800-949-2961

Oficina de Quejas Formales y Apelaciones

FORMULARIO PARA NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE

Nombre del afiliado

Número de identificación del afiliado

Número de referencia

El afiliado debe completar esta sección.

Elijo a _____ para actuar en mi representación.

(Aquí se escribe el nombre del tutor o representante legal).

✓ Mi tutor o representante legal tiene libertad absoluta para discutir sobre mis servicios médicos.

✓ Mi tutor o representante legal puede tener acceso a todos los documentos directamente relacionados con mi caso.

Firma del afiliado

Fecha

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

El tutor o representante legal debe completar esta sección.

Soy el _____ de _____.

(cónyuge, hijo, amigo, abogado u otro)

(El nombre del afiliado va aquí)

Acepto abogar o representar a _____.

(El nombre del afiliado va aquí)

El tutor o representante legal debe firmar aquí.

Fecha

Dirección: _____ Número de teléfono: _____



Departamento de Medicaid de Ohio (ODM)

Manual para afiliados

Administrador Único de Beneficios de Farmacia (SPBM)
de Ohio



Índice

1	Contenido del manual para afiliados	3
1.1	Identidad corporativa	3
1.2	Servicios disponibles	3
1.2.1	Lista de medicamentos preferidos	3
1.2.2	Autorizaciones previas	4
1.2.3	Estrategias de control de la utilización de farmacias	4
1.2.4	Servicios excluidos	5
1.2.5	Servicios adicionales	5
1.3	Solicitud de apelaciones, quejas formales o audiencias estatales	5
1.4	Recomendaciones sobre cambios	7
1.5	Acceso a farmacias	7
1.6	Medicamentos de emergencia para pacientes ambulatorios	8
1.7	Declaración de no discriminación.....	8
1.8	Declaración de red de proveedores	8
1.9	Red de proveedores de farmacia	8

1 Contenido del manual para afiliados

1.1 Identidad corporativa

Gainwell Technologies es una empresa con más de 50 años de experiencia comprobada y una reputación de excelencia en el servicio y experiencia incomparable. Gainwell no opera bajo ningún otro nombre comercial. En Gainwell, todo lo que hacemos se centra en las personas.

La misión de Gainwell es capacitar a los clientes mediante tecnologías y soluciones innovadoras para ofrecer excelentes resultados de salud y servicios humanos.

Ahora, es un afiliado de nuestro Administrador Único de Beneficios de Farmacia (SPBM, por sus siglas en inglés). Aquí en Gainwell, creemos que usted merece servicios de farmacia de calidad y debe recibir los servicios más actualizados que podemos brindar.

En línea: <https://spbm.medicaid.ohio.gov>

Correo electrónico: OH_MCD_PBM@gainwelltechnologies.com

Si sospecha de fraude al proveedor o consumidor, comuníquese con nuestra línea gratuita de consejos sobre fraude, malgasto y abuso al **1-833-491-0344 (TTY 1-833-655-2437)** y seleccione la opción para informar inquietudes sobre fraude, malgasto y abuso.

1.2 Servicios disponibles

Gainwell cubre todos los medicamentos recetados y de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) considerados necesarios por razones médicas y cubiertos por Medicaid. Utilizamos una lista de medicamentos preferidos (PDL, por sus siglas en inglés), que es una lista de medicamentos que preferimos que su proveedor le recete. Es posible que solicitemos que su médico envíe una solicitud de autorización previa, que es donde el profesional nos brindará información adicional que explique por qué necesita un medicamento específico o una cierta dosis o cantidad de un medicamento.

Los siguientes servicios están disponibles para apoyar cualquier necesidad adicional que pueda tener:

- Interpretación oral.
- Servicios de traducción.
- Ayudas y servicios auxiliares.
- Información escrita en formatos alternativos, como en braille o letra grande.

1.2.1 Lista de medicamentos preferidos

Gainwell usa una PDL, que es una lista de medicamentos que preferimos que su proveedor le recete. Puede encontrar una copia de la PDL en los siguientes lugares:

- En la pestaña Información de Medicaid en: <https://spbm.medicaid.ohio.gov>
- Cuando inicia sesión en el Portal para afiliados de Gainwell en <https://spbm.medicaid.ohio.gov>
- En el sitio web de la farmacia del Departamento de Medicaid de Ohio en: <https://pharmacy.medicaid.ohio.gov/unified-pdl>
- Puede solicitar una copia impresa llamando a Servicios para afiliados al **1-833-491-0344 (TTY 1-833-655-2437)**

1.2.2 Autorizaciones previas

Es posible que el profesional que receta deba presentar una solicitud de autorización previa para ciertos medicamentos. El profesional deberá enviar estas solicitudes a través de diferentes medios (teléfono, fax, correo o portal web) para garantizar una revisión rápida y eficiente de su medicamento. En estas circunstancias, el proveedor enviará una solicitud de autorización al equipo de Gainwell Pharmacy Services, donde completarán una revisión clínica del medicamento que solicita el profesional. El equipo de Gainwell Pharmacy Services trabajará en estrecha colaboración con el profesional que receta para tomar la mejor decisión clínica. Recibirá una carta por correo con el resultado de la decisión.

If you do not agree with the decision that is made by Gainwell, you will be sent detailed information on how you can Si no está de acuerdo con la decisión tomada por Gainwell, se le enviará información detallada sobre cómo puede apelar nuestra decisión.

Puede comunicarse con Servicios para afiliados de forma gratuita al **1-833-491-0344 (TTY 1-833-655-2437)** para obtener información sobre la PDL, los medicamentos que pueden requerir autorización previa o para hacer cualquier pregunta relacionada con medicamentos. En <https://spbm.medicaid.ohio.gov>, podrá acceder a la PDL y una lista de medicamentos que requieren autorización previa. Es importante que usted o el profesional que receta consulten la PDL o la lista de medicamentos que requieren autorizaciones previas cada vez que tengan preguntas, ya que estos documentos pueden cambiar.

1.2.3 Estrategias de control de la utilización de farmacias

La PDL se utilizará con cada revisión de autorización previa que complete el equipo de Gainwell Pharmacy Services. Cuando se requiere una autorización previa, Gainwell debe aprobar la solicitud del profesional que receta antes de que pueda despachar el medicamento en su farmacia de la red preferida. Podrá exigirse una autorización previa en los siguientes casos:

- Si un medicamento genérico o alternativo de farmacia está disponible.
- Si el medicamento solicitado puede usarse de manera indebida o si se puede abusar de él.
- Si existen otros medicamentos que se deben probar primero.
- Si se han excedido los límites de cantidad para el medicamento solicitado.
- Si el medicamento que su proveedor le recetó no está incluido en la PDL.

Por lo general, la PDL incluye múltiples opciones de medicamentos para tratar una afección en particular. Estos diferentes medicamentos se denominan medicamentos “alternativos” y son tan efectivos como los otros medicamentos y no le producirán problemas de salud ni efectos secundarios adicionales.

Estas son algunas razones específicas por las que se le puede solicitar al profesional que receta que presente una solicitud de autorización previa:

Terapia por fases: en algunos casos, nuestro plan requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica.

Sustitución genérica: en este caso, siempre que esté disponible, se requerirá que una farmacia proporcione un medicamento genérico en lugar de un medicamento de marca. Los medicamentos genéricos son tan seguros y efectivos como los medicamentos de marca y deben recetarse primero.

Intercambio terapéutico: esto sucede cuando no usted puede tomar un medicamento por razones como alergia, intolerancia, etc. Por lo tanto, usted no puede tomar dicho medicamento, y el profesional le receta otro que no está en la lista de medicamentos aprobados.

Medicamentos especializados: esta es una revisión de un medicamento que se considera más complejo para una enfermedad específica y requiere atención y manejo específicos durante el proceso de revisión de autorización previa. Para estos medicamentos, es posible deba obtenerlos en una farmacia especializada. El profesional que receta trabajará con Gainwell Pharmacy Services para asegurarse de que pueda obtener el medicamento que necesita lo más rápido posible.

1.2.4 Servicios excluidos

Gainwell no pagará por las siguientes categorías que no están cubiertas por el programa de farmacia de Ohio Medicaid:

- Medicamentos para el tratamiento de la obesidad.
- Medicamentos para el tratamiento de la infertilidad.
- Medicamentos para el tratamiento de la disfunción eréctil.
- Medicamentos de Implementación del Estudio de la Eficacia de los Medicamentos (DESI, por sus siglas en inglés) y medicamentos que son idénticos, relacionados o similares a dichos medicamentos.
- Medicamentos que son elegibles para estar cubiertos por la Parte D de Medicare.
- Medicamentos de venta sin receta que no están listados de acuerdo con el párrafo C de la regla 5160-9-03 del Código Administrativo de Ohio (OAC, por sus siglas en inglés).
- Medicamentos que se usan para indicaciones no aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) a menos que estén respaldados por pruebas clínicas convincentes.

1.2.5 Servicios adicionales

El equipo de Gainwell Pharmacy también puede ayudarlo con los siguientes servicios; para ello, llame al servicio de asistencia para afiliados al **1-833-491-0344 (TTY 1-833-655-2437)**. También puede acceder a esta información en el portal para afiliados iniciando sesión en <https://spbm.medicaid.ohio.gov>.

- Localizar una farmacia para surtir la receta que le dio su proveedor.
- Verificar que tenga cobertura de farmacia activa.
- Obtener suministros para diabéticos cubiertos a través de su beneficio de farmacia.
- Obtener equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) cubierto a través de su beneficio de farmacia.

1.3 Solicitud de apelaciones, quejas formales o audiencias estatales

Queja formal

Si está disconforme con algo relacionado con Gainwell Pharmacy Services o con nuestros proveedores, comuníquese con nosotros lo antes posible. Esto se denomina queja formal.

Medios para comunicarse con nosotros:

- Llamar a Servicios para afiliados al **1-833-491-0344 (TTY 1-833-655-2437)** y elegir la opción 1 para hablar con un miembro del equipo de servicios de asistencia de Gainwell Pharmacy.
- Completar el formulario de queja formal/apelación incluido en este manual para afiliados y enviarlo por correo a Gainwell Pharmacy Services a la dirección que figura a continuación o en línea a través del portal para afiliados.
- Visitar nuestro sitio web <https://spbm.medicaid.ohio.gov>.
- Escribir una carta en la que explique lo que no le gusta. Asegúrese de incluir su nombre y apellido, identificación de Medicaid, dirección y número de teléfono para que podamos comunicarnos con usted en caso de ser necesario. Puede enviar su formulario o carta por correo electrónico o correo postal.

Correo electrónico: OH_MCD_PBM@gainwelltechnologies.com

Correo:

Gainwell Pharmacy Services

5475 Rings Rd.

Atrium II North Tower, Suite 125

Dublin, OH 43017-7565

Una vez que se comuniquen con Gainwell para presentar su queja formal, nos pondremos en contacto con usted por teléfono, correo u otros medios apropiados dentro de los siguientes plazos:

- Dos (2) días hábiles para quejas formales sobre no poder obtener los medicamentos que necesita.
- Treinta (30) días calendario para todas las demás quejas formales.

Apelación

Si recibe una notificación de nuestra parte con la que no está de acuerdo, puede solicitar una apelación en el plazo de sesenta (60) días calendario posteriores a la fecha de la notificación. Gainwell responderá la apelación en el plazo de quince (15) días calendario a partir de la fecha en que nos contactó. Si cree que quince (15) días calendario podrían poner en grave peligro su vida, su salud física o mental, o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la función máxima, comuníquese con los Servicios para afiliados de Gainwell al número que se indica a continuación lo antes posible para acelerar su proceso de revisión. Medios para solicitar una apelación:

- Llamar a Servicios para afiliados al **1-833-491-0344 (TTY 1-833-655-2437)** y elegir la opción 1 para hablar con un miembro del equipo de servicios de asistencia de Gainwell Pharmacy.
- Completar el formulario de queja formal/apelación incluido en este manual para afiliados y enviarlo por correo a Gainwell Pharmacy Services a la dirección que figura a continuación o en línea a través del portal para afiliados.
- Visite nuestro sitio web: <https://spbm.medicaid.ohio.gov>.
- Escribir una carta. Asegúrese de incluir su nombre y apellido, identificación de Medicaid, dirección y número de teléfono para que podamos comunicarnos con usted en caso de ser necesario. Puede enviar su formulario o carta por correo electrónico o correo postal.

Correo electrónico: OH_MCD_PBM@gainwelltechnologies.com

Correo:

Gainwell Pharmacy Services

5475 Rings Rd.

Atrium II North Tower, Suite 125

Dublin, OH 43017-7565

Cuando presente una apelación, debe incluir la siguiente información:

- Nombre y número de identificación de Medicaid que figura en su tarjeta.
- Nombre del profesional que receta.
- Razón por la que no está de acuerdo con el resultado proporcionado por Gainwell.
- Cualquier documentación o información que respalde su solicitud de que se revoque la decisión.

Gainwell debe responder la apelación en el plazo de quince (15) días calendario a partir de la fecha en que nos contactó. Si no cambiamos nuestra decisión, se le notificará por escrito y se le otorgará su derecho a solicitar una audiencia estatal. Debe completar el proceso de apelación antes de poder solicitar una audiencia estatal.

Si necesitamos más tiempo para tomar una decisión sobre una queja formal o apelación, le enviaremos una carta y le explicaremos que necesitamos hasta catorce (14) días calendario más. Esa carta también le proporcionará información sobre por qué necesitamos más tiempo para completar su solicitud.

Audiencia estatal

Debe completar el proceso de apelación de Gainwell antes de poder solicitar una audiencia estatal. Una audiencia estatal es una reunión con usted o su representante autorizado, alguien del Departamento de Servicios Laborales y Familiares del Condado, alguien de Gainwell y un oficial de audiencias de la Oficina de Audiencias del Estado dentro del Departamento de Servicios Laborales y Familiares de Ohio (ODJFS, por sus siglas en inglés). Durante esta reunión, usted explicará por qué cree que Gainwell Pharmacy Services no tomó las decisiones correctas y Gainwell explicará las razones por las que tomamos nuestra decisión. El oficial de audiencias tomará una decisión en función de las reglas, regulaciones e información proporcionada durante la audiencia.

Si no cambiamos nuestra decisión tras su apelación a Gainwell, se le notificará su derecho a solicitar una audiencia estatal. Si desea solicitar una audiencia estatal, usted o su representante autorizado deben hacerlo en el plazo de noventa (90) días calendario posteriores a la denegación de la apelación por parte de Gainwell.

Para solicitar una audiencia, puede firmar y devolver el formulario de audiencia estatal a la dirección o número de fax que figura en el formulario, llamar a la Oficina de Audiencias del Estado al 1-866-635-3748 (TTY/TDD 614-728-2985) o enviar su solicitud por correo electrónico a bsh@jfs.ohio.gov. Si desea información sobre servicios legales gratuitos, puede llamar a la Asociación de Servicios Legales del Estado de Ohio al 1-800-589-5888 para obtener el número local de la oficina de asistencia legal de su localidad.

Por lo general, las decisiones de las audiencias estatales se emiten, a más tardar, setenta (70) días calendario después de que se recibe la solicitud. Si se determina que la afección de salud cumple con los criterios para que se tome una decisión acelerada, se emitirá tan pronto como sea necesario, pero a más tardar tres (3) días hábiles después de recibir la solicitud. Las decisiones aceleradas son para situaciones en las que el marco de tiempo de revisión estándar podría poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la función máxima.

1.4 Recomendaciones sobre cambios

Como afiliado de Gainwell Pharmacy Services, usted puede hacer recomendaciones sobre las responsabilidades y los derechos relacionados con su cobertura de medicamentos.

Puede enviar dichas recomendaciones por correo electrónico a Gainwell Pharmacy Services a **OH_MCD_PBM@gainwelltechnologies.com** o llamar a **Servicios para afiliados al 833-491-0344 (TTY/TDD 614-728-2985)**.

1.5 Acceso a farmacias

Gainwell Pharmacy Services ofrece un portal para afiliados en el que puede iniciar sesión y administrar sus necesidades de farmacia. Para iniciar sesión en su portal personal para afiliados, visite <https://spbm.medicaid.ohio.gov> e inicie sesión con la información personal que configuró para su cuenta.

Para inscribirse en un proveedor a través del Portal para afiliados de Gainwell, puede seguir las instrucciones que figuran en el sitio web <https://spbm.medicaid.ohio.gov> o llamar a Servicios para afiliados al número gratuito **1-833-491-0344 (TTY 1-833-655-2437)** para hablar con un agente de Gainwell Pharmacy Services y recibir asistencia paso a paso para inscribirse en el acceso.

1.6 Medicamentos de emergencia para pacientes ambulatorios

En caso de una situación de emergencia, puede recibir un suministro para 72 horas (3 días) de su medicamento considerado necesario por razones médicas. Si tiene dificultades para completar este proceso, comuníquese con Gainwell Pharmacy Services al **1-833-491-0344 (TTY 1-833-655-2437)**.

1.7 Declaración de no discriminación

Gainwell Pharmacy Services respeta las leyes estatales y federales de derechos civiles que le protegen de la discriminación o el trato injusto. No tratamos a las personas de forma injusta por cuestiones de edad, raza, color, origen nacional, religión, género, identidad de género, orientación sexual, estado civil, discapacidad mental o física, historia clínica, estado de salud, información genética, evidencia de asegurabilidad, estado militar, estado de veterano, ascendencia, necesidad de servicios de salud para recibir cualquiera de los servicios cubiertos o ubicación geográfica.

Gainwell no tiene objeciones morales ni religiosas para proporcionar servicios a los afiliados del Departamento de Medicaid de Ohio.

Si necesita acceder a alguno de los siguientes servicios adicionales, comuníquese con Servicios para afiliados de forma gratuita al **1-833-491-0344 (TTY 1-833-655-2437)** y hable con un miembro del equipo:

- Interpretación oral
- Servicios de traducción
- Ayudas y servicios auxiliares
- Información escrita en otros idiomas, incluidos, entre otros, español, somalí y árabe
- Información escrita en formatos alternativos, como en braille o letra grande

1.8 Declaración de red de proveedores

Gainwell trabaja con farmacias para surtir recetas cerca de su hogar y facilitar el acceso a cualquiera de los medicamentos que necesita. Muchas de las farmacias ofrecen servicios que incluyen entrega a domicilio con recetas, administración de medicamentos y asistencia si no comprende el idioma inglés, si tiene dificultades auditivas o visuales, o una discapacidad que requiere asistencia adicional. Las farmacias especializadas también están disponibles para proveer medicamentos con requisitos específicos de manejo, almacenamiento y distribución cuyo objetivo es tratar enfermedades de alto riesgo, complejas o raras. Si hay algún cambio en estas farmacias, nos aseguraremos de informarle mediante el sitio web o el Portal para afiliados de Gainwell, o por correo, según lo determine su solicitud de comunicación preferida.

Gainwell no cubre recetas en farmacias no inscritas (fuera de la red) para despachar medicamentos para los afiliados de Medicaid de Ohio, por ejemplo, en farmacias que están lejos de su hogar, excepto en situaciones de emergencia (en caso de que esté fuera del estado en una emergencia o si una farmacia de Ohio no puede suministrar el medicamento).

1.9 Red de proveedores de farmacia

Puede obtener información sobre cómo localizar una farmacia cubierta en su red accediendo al Directorio de proveedores de farmacias en línea en <https://spbm.medicaid.ohio.gov> o iniciando sesión en su Portal para afiliados de Gainwell en <https://spbm.medicaid.ohio.gov>. Puede solicitar una copia impresa del Directorio de proveedores de farmacias llamando gratis a Servicios para afiliados al **1-833-491-0344 (TTY 1-833-655-2437)**.

English (United States)

To help you understand this notice, language assistance and interpretation services are available upon request at no cost to you. You can request these services by following the below steps:

- Call Gainwell Member Services at 1-833-491-0344
- Select option 8

Spanish

Para ayudarlo a comprender este aviso, puede solicitar previamente los servicios de interpretación y asistencia con el idioma que están disponibles de manera gratuita. Puede solicitar estos servicios siguiendo los siguientes pasos:

- Llame a Servicios para Afiliados de Gainwell al 1-833-491-0344
- Seleccione la opción 8

Arabic

للمساعدة على فهم هذا الإشعار فإن خدمات المساعدة اللغوية والترجمة الشفوية متاحة لكم عند الطلب دون أي تكلفة. ولكي يتسنى لك طلب هذه الخدمات اتباع الخطوات التالية:

- اتصل بخدمات أعضاء جاينويل Gainwell على رقم الهاتف: 1-833-491-0344
- ثم حدد الخيار رقم 8

Somali

Si ay gacan uga gaystaan inaad fahanto ogaysiiskan, kaalmo luuqadda ah iyo adeegyada tarjumaadda ayaa markaad codsato bilaa lacag ku heli kartaa. Waxaad codsan kartaa adeegyadan adigoo raacaya tallaabooyinka hoose:

- Ka wac Adeegyada Xubinta Gainwell 1-833-491-0344
- Dooro raacaya 8

Nepali

तपाईंलाई यो सूचना बुझ्नमा मद्दत गर्नका लागि, तपाईंको अनुरोधमा भाषा सहायता र दोभाषे सेवाहरू तपाईंलाई शुल्कबिना उपलब्ध हुन्छन्। तपाईं तलका चरणहरू पालना गरेर यी सेवाहरू अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ:

- Gainwell Member Services लाई 1-833-491-0344 मा फोन गर्नुहोस्
- विकल्प 8 चयन गर्नुहोस्

Kinyarwanda

Mu rwego rwo kugufasha gusobanukirwa neza iri tangazo, hari ubufasha bw'ururimi na serivisi z'ubusemuzi uhabwa igihe ubisabye nta kiguzi uciwe. Ushobora gusaba izi serivisi ukurikiza amabwiriza akurikira:

- Hamagara Gainwell Member Services kuri 1-833-491-0344
- Hitamo uburyo bwa 8

Swahili

Ili kukusaidia kuelewa taarifa hii, usaidizi wa lugha na huduma za ukalimani zinapatikana baada ya ombi bila gharama kwako. Unaweza kuomba huduma hizi kwa kufuata hatua zilizo hapo chini:

- Piga simu kwa Huduma za Mwanachama wa Gainwell (Gainwell Member Services) kwa 1-833-491-0344
- Teua chaguo la 8

French

Pour vous aider à comprendre cet avis, les services d'aide linguistique et d'interprétation sont disponibles à la demande et sans frais. Vous pouvez demander ces services en suivant les étapes ci-dessous :

- Appelez les services aux membres de Gainwell au 1-833-491-0344
- Sélectionnez l'option 8

Amharic

ይህንን ማስታወቂያ እንዲረዱት እርስዎን ለመርዳት የቋንቋ ድጋፍ እና የትርጉም አገልግሎቶች በሚፈለጉበት ጊዜ ለእርስዎ ያለምንም ወጪ ይቀርባሉ። የሚከተሉትን ደረጃዎች በመከተል እነዚህን አገልግሎቶች መጠየቅ ይችላሉ፡-

- ለጌይንዌል አባል አገልግሎቶችን (Gainwell Member Services) በ 1-833-491-0344 ይደውሉ
- አማራጭ 8 ን ይምረጡ

Gujarati

આ સૂચનાને સમજવામાં તમારી મદદ કરવા માટે, વિનંતી પર તમારા માટે ભાષા સહાય અને દુભાષિયા સેવાઓ મફતમાં ઉપલબ્ધ છે. તમે નીચે આપેલા પગલાંને અનુસરીને આ સેવાઓ માટે વિનંતી કરી શકો છો:

- ગેઇનવેલ મેમ્બર સર્વિસીસને 1-833-491-0344 ફોન કરીને
- વિકલ્પ 8 પસંદ કરો

Dari (Afghani)

جهت کمک به شما در درک این اعلان، مساعدت لسانی و خدمات ترجمانی شفاهی در صورت درخواست بصورت رایگان برای شما موجود است. شما میتوانید این خدمات را با تعقیب نمودن مراحل ذیل درخواست نمائید:

- با خدمات اعضای Gainwell به نمبر 1-833-491-0344 به تماس شوید
- گزینه 8 را انتخاب کنید

Pashto (Afghani)

پر دغې خبرتیا د پوهېدو په برخه کې ستاسو د مرستې لپاره د ژبې شفاهي ژباړن خدمتونه ستاسو د غوښتنې له مخې په وړیا توګه د لاسرسي وړ دي. تاسو د لاندې پړاوونو په څارلو سره د دغو خدمتونو غوښتنه کولی شئ:

- د Gain Well د غړو خدمتونو ته په دغې شمېرې زنگ ووهئ 0344-491-833-1
- 8 انتخاب غوره کړئ

Russian

Вам по запросу доступны бесплатные услуги языкового сопровождения и устного перевода, чтобы Вы могли понять это уведомление. Вы можете запросить эти услуги следующим способом:

- Позвонить в службу Gainwell Member Services по телефону 1-833-491-0344
- Выбрать вариант 8

Ukrainian

Для того щоб ви змогли зрозуміти це повідомлення, вам доступні послуги мовної допомоги та усного перекладу, якими можна скористатися безкоштовно за запитом. Для замовлення цих послуг виконайте такі кроки:

- Зателефонуйте до центру обслуговування клієнтів Gainwell за номером 1-833-491-0344.
- Оберіть опцію 8.

Vietnamese

Để giúp bạn hiểu thông báo này, các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ và thông dịch có sẵn theo yêu cầu và được miễn phí. Bạn có thể yêu cầu các dịch vụ này bằng cách làm theo các bước sau:

- Gọi cho bộ phận Dịch vụ Thành viên Gainwell theo số 1-833-491-0344
- Chọn tùy chọn 8

Chinese (Simplified)

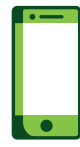
为帮助您理解本通知，我们可根据要求，向您免费提供语言协助和传译服务。您可遵照如下步骤，请求这些服务：

- 致电 1-833-491-0344 联系 Gainwell Member Services
- 选择 8

Chinese (Traditional)

為了幫助您了解這份通知，如有需求，我們會提供免費語言協助及翻譯服務。這項服務可以藉由下列方式申請：

- 撥打 Gainwell 會員服務電話: 1-833-491-0344
- 按 8



**¿Tiene alguna
pregunta?**

Llame a Servicios para afiliados
al 877-856-5702 (TTY: 711)



Humana
Healthy Horizons®
in Ohio

OHHLEZ2SP23