

2019

Manual del Afiliado

Atiende a planes de beneficio de Medicaid de Kentucky



SIGUIENTES PASOS IMPORTANTES

- Busque su tarjeta de identificación (ID) en su correspondencia (consulte la página 4)
 - Su tarjeta de ID vendrá en un correo por separado.
- Concrete una cita con su médico (página 24)
- Lea acerca de sus servicios y beneficios cubiertos (página 7).
 - La información también se encuentra disponible en nuestro sitio web en **CareSource.com/KY**
- Complete su Evaluación de riesgos de salud (Health Risk Assessment, HRA)
 - Se incluye una copia en este correo.
 - También puede completarla en línea en:
 - [CareSource.com/members/kentucky/medicaid/](https://www.caresource.com/members/kentucky/medicaid/)
 - Haga clic en “Health Survey” (Encuesta de salud) debajo de Quick Links (Enlaces rápidos) para comenzar

Gracias por ser un afiliado a Humana – CareSource.
¡Es un placer atenderlo!



ÍNDICE

Información sobre el plan estatal de Medicaid.....	4
Tarjeta de ID de afiliado.....	4
Servicios: Lo que está cubierto.....	6
Tabla detallada de beneficios.....	6
Autorización previa.....	6
Servicios cubiertos:.....	7
Servicios: Lo que no está cubierto.....	14
Información general para todos los afiliados.....	15
Beneficios agregados/Herramientas de autoservicio.....	17
myStrength.....	17
MyCareSource.....	18
Contáctenos.....	18
Servicios para Afiliados y CareSource.com.....	20
Servicios de interpretación.....	22
Otro seguro.....	23
Pérdida de Medicaid.....	23
Línea de asesoría en enfermería las 24 horas.....	23
Su proveedor de atención primaria (PCP).....	24
Cómo elegir un PCP.....	24
¿Qué pasa si no elige un PCP?.....	24
Casos especiales:.....	25
Cómo cambiar de PCP o especialista.....	25
Visitas al médico.....	26
Directorio de proveedores.....	27
Encontrar un médico.....	27
Las derivaciones no son obligatorias.....	27
Usar un proveedor que no esté en nuestra red.....	28
Dónde obtener atención médica.....	29
Exámenes de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (EPSDT).....	30
Atención preventiva EPSDT.....	30

¿Debo ir a la sala de emergencias?	33
Atención posterior a la estabilización.....	34
Atención a largo plazo	35
Segundas opiniones	35
Embarazo y planificación familiar.....	36
Enfermedades de transmisión sexual.....	36
Servicios de planificación familiar.....	36
Antes de quedar embarazada	36
Después de que nazca el bebé	37
Medicamentos con receta.....	38
Farmacia de especialidad	39
Gestión de terapia de medicamentos	39
Servicios de salud conductual	41
Servicios de administración de la atención y de extensión.....	42
Manejo de enfermedades	42
Programa libre de tabaco	43
Transiciones en la atención	43
Quejas y apelaciones	44
Quejas (Reclamos)	44
Apelaciones	45
Audiencias estatales imparciales.....	47
Ombudsman	47
Fraude, malversación y abuso	48
Qué hacer si sospecha de fraude, malversación y abuso	49
Programa de restricción de proveedores de Kentucky (KLIP)	50
Atención médica de calidad.....	50
Mejoramiento de la calidad	52
Objetivo del programa	52
Alcance del programa.....	52
Medidas de calidad.....	53
Normas de prevención y lineamientos de práctica clínica	54
Su salud es importante.....	55

Sus derechos..... 56

Sus responsabilidades..... 58

Aviso de prácticas de privacidad 60

 Sus derechos de privacidad individuales de conformidad con la HIPAA 64

Directivas anticipadas 68

 Directivas anticipadas en Kentucky 68

 Testamento vital 68

 Directivas para el tratamiento de la salud mental 69

 Tutela..... 70

Finalización de su afiliación71

Significado de los términos71

INFORMACIÓN SOBRE EL PLAN ESTATAL DE MEDICAID

Tarjeta de ID del afiliado al plan estatal de Medicaid

Humana – CareSource le proporciona una tarjeta de identificación a todos sus afiliados. Su tarjeta de ID de afiliado del plan estatal tiene este aspecto. El frente muestra su información personal. Esta tarjeta también tiene los números telefónicos importantes de Humana –CareSource.

 <p>Nombre del afiliado Mary Doe</p> <p>Nº. de identificación de afiliado de Humana - CareSource 12345678900</p> <p>Nº. de identificación de Medicaid: 98765432100</p> <p>Proveedor de atención primaria/Nombre de la clínica: Good lam A.</p> <p>Teléfono del proveedor/de la clínica: (855) 123-4567</p> <p>Servicios para afiliados: (855) 852-7005 (TTY: 1-800-648-6056 o 711)</p> <p>Línea de asesoría de enfermería las 24 horas: (866) 206-9599 ? (TTY: 1-800-648-6056 o 711) ?</p>	<p>ESTA TARJETA ES ÚNICAMENTE PARA IDENTIFICACIÓN Y NO COMPRUEBA LA ELEGIBILIDAD.</p> <p>AFILIADO: Muestre su tarjeta de identificación (ID) al proveedor de atención médica ANTES de recibir atención. Nunca permita que otra persona use su tarjeta de identificación (ID). Llame al 911 si tiene una emergencia. También puede llamar a su PCP o a nuestra Línea gratuita de asesoría en enfermería las 24 horas si no está seguro de que se trate de una emergencia.</p> <p>LÍNEA DIRECTA DE SALUD CONDUCTUAL: 877-380-9729</p> <p>PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA: Debe verificar la elegibilidad como afiliado para la fecha del servicio.</p> <p>Visite CareSource.com/KY o llame al (855) 852-7005 para tener acceso a esta información. Se requiere autorización para admisión como paciente internado.</p> <p>ENVIAR LOS RECLAMOS MÉDICOS POR CORREO A: Humana – CareSource, P.O. Box 824, Dayton, OH 45401-0824</p> <p>FARMACIA: Proveedores llamar al (855) 852-7005</p> <p>GESTOR DE BENEFICIOS: CVS Caremark RxBIN 004336 RxCN MCAIDADV RxGRP RX5046</p> <p style="text-align: right;">CareSource.com/KY</p>
--	---

Cada miembro de su familia que esté afiliado recibirá su propia tarjeta. Cada tarjeta tiene validez mientras su titular sea afiliado de Humana – CareSource. Si aún no ha recibido sus tarjetas de ID de afiliado, llámenos al: **1-855-852-7005** (TTY: 1-800-648-6056 o 711).

Recibirá una nueva tarjeta si la solicita. Recibirá una nueva tarjeta si cambia de PCP. ¿Está embarazada? Llame a Servicios para Afiliados cuando haya nacido su bebé. Le enviaremos una tarjeta de ID de afiliado para su bebé.

Lleve siempre su tarjeta de ID de afiliado con usted

Nunca permita que otra persona use su tarjeta de ID de afiliado. Asegúrese de mostrarla cada vez que reciba servicios de atención médica. La necesitará cuando:

- Visite a su médico.
- Visite a cualquier otro proveedor de atención médica.
- Concurra a una sala de emergencias.
- Concurra a un centro de atención de urgencia.
- Visite un hospital por cualquier motivo.
- Obtenga suministros médicos.
- Obtenga una receta.
- Tengan que realizarle exámenes médicos.

Asegúrese de llevar con usted una identificación con fotografía. Su médico o su proveedor pueden pedirle su tarjeta de Humana – CareSource y una identificación con fotografía.

Recuerde, cuando nos llame, tenga a mano el número de ID de afiliado que figura en su tarjeta de Humana – CareSource. Esto nos ayudará a brindarle un servicio más rápido.

Llame a Servicios para Afiliados: **1-855-852-7005** (TTY: 1-800-648-6056 o 711) si :

- No ha recibido su tarjeta de identificación de afiliado a Humana – CareSource.
- Alguno de los datos de la tarjeta es incorrecto.
- Pierde su tarjeta.
- Tiene un bebé, de modo que podamos enviarle una tarjeta de ID de afiliado para su bebé.
- Tiene alguna pregunta acerca de cómo usar su tarjeta de ID de afiliado a Humana-CareSource.



SERVICIOS: LO QUE ESTÁ CUBIERTO DE ACUERDO CON EL PLAN ESTATAL DE MEDICAID

Cubrimos todos los servicios con cobertura Medicaid que sean de necesidad médica. Estos servicios son iguales a los servicios que se proporcionan a los afiliados de Medicaid según el programa de tarifa por servicio y se brindan por el mismo monto, plazo y alcance. Se espera que los servicios satisfagan sus necesidades médicas según lo indicado por su médico y lo ayuden a lograr un crecimiento y un desarrollo adecuados para la edad; y contribuyan a lograr, mantener o recuperar la capacidad funcional. Los servicios de apoyo para individuos con afecciones continuas o crónicas o que requieren servicios a largo plazo y apoyo se autorizan de manera que refleje la necesidad continua del afiliado para recibir esos servicios y apoyo.

A continuación le ofrecemos un listado de los diversos servicios que recibe al ser afiliado a Humana – CareSource:

Tabla detallada de beneficios

En la tabla encontrará:

Servicios cubiertos por Humana – CareSource en la sección “Cobertura”.

Autorización previa

Los servicios que necesitan autorización previa están marcados con un asterisco (*). Estos son los servicios que Humana – CareSource debe aprobar antes de que usted los reciba. Su PCP le pedirá una autorización previa por parte nuestra y debe programar estos servicios por usted. Humana – CareSource no se responsabiliza por los servicios que necesitan autorización previa y se reciben sin aprobación.

Servicios cubiertos:

Abortos*	Los abortos tienen cobertura solo si la vida de la madre corre peligro o en casos de denuncia de violación o incesto.
Atención para alergias	Inyecciones y tratamientos para las alergias infantiles y de adultos.
Ambulancia (de emergencia)*	Se cubre el transporte en avión, helicóptero sanitario o ambulancia terrestre. Avión de ala fija.*
Ambulancia (que no sea de emergencia)*	Incluye servicio de camilla.
Cirugía bariátrica*	Necesidad médica obligatoria.
Servicios de salud conductual (mental)*	Servicios de crisis, Administración de la atención, Servicios ambulatorios [algunos servicios específicos requieren autorización previa (PA)], tratamiento diurno (se requiere PA transcurridos 30 días/120 horas), Servicios terapéuticos de salud conductual*, Tratamiento asertivo comunitario (Assertive Community Treatment, ACT), Servicios ambulatorios para tratamiento de trastornos por abuso de sustancias (algunos servicios específicos requieren PA), Programas para pacientes ambulatorios intensivos, Servicios residenciales.
Quiropráctico*	Limitado a 26 visitas por año calendario para niños y adultos.
Cirugía cosmética (Cirugía plástica)*	Revisión obligatoria por parte del director médico.
Circuncisión	
Servicios de diagnóstico y radiología.	Incluye exploración mediante tomografía de emisión de positrones (PET), tomografía computarizada (CT), resonancia magnética (MR), resonancia magnética mediante imágenes (MRI) y radiografías.
Equipo médico permanente*	Se necesita autorización previa para artículos de alquiler que tienen un precio de compra de \$750 o más, sillas de ruedas personalizadas y eléctricas y los suministros, sillas de ruedas manuales con un alquiler superior a 3 meses, productos para alimentación con sonda, CPAP/BiPAP, calzado para diabéticos. Los suministros, como los productos para el cuidado de las heridas, tienen cobertura a través de un proveedor de equipo médico permanente.

Los servicios que necesitan autorización previa están marcados con un asterisco ()

Exámenes de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment, EPSDT)	Beneficios para niños y adolescentes desde el nacimiento hasta el último día del mes en el que cumplen 21 años. Visitas de atención médica preventiva (visitas de niño sano). Consulte el Manual del Afiliado para obtener más información. Los servicios preventivos de EPSDT cubren exámenes regulares de salud y controles generales recomendados por edad para afiliados a Medicaid (de 0 hasta el último día del mes en que cumplen 21 años) y afiliados a KCHIP (de 0 a 19 años). Las visitas se recomiendan a determinadas edades e incluyen: médica, salud dental y oral, vista, audición, inmunizaciones (vacunas), análisis de laboratorio (incluidos análisis y pruebas de detección de nivel de plomo), (nutrición, crecimiento y desarrollo, salud mental y abuso de sustancias) y evaluaciones del riesgo de salud y educación de salud. Las derivaciones a especialistas y otros proveedores se realizan cuando son necesarias más pruebas (de diagnóstico) y tratamiento, luego de EPSDT recomendada para la edad.
Servicios especiales de EPSDT*	Los servicios especiales de EPSDT cubren atención médica autorizada médicamente necesaria, diagnóstico y tratamiento para abordar afecciones descubiertas durante visitas de atención preventiva de EPSDT o durante el diagnóstico posterior (pruebas y evaluación). El tratamiento recomendado para mejorar o mantener la afección de salud del niño o del adolescente está cubierto a través de los Servicios especiales de EPSDT. Afiliados a Medicaid desde 0 años hasta el último día del mes en que cumple 21 años y algunos afiliados a KCHIP desde 0 hasta los 19 años.
Servicios de la sala de emergencias	Si la visita no se considera de emergencia, deberá pagar un copago por un monto de \$8.
Enfermedad renal en etapa terminal y trasplantes	
Servicios de planificación familiar*	Cubierto a través del PCP, del obstetra/ginecólogo (OB/GYN) del afiliado o un proveedor de planificación familiar calificado que figure en el Directorio de proveedores. La autoderivación se puede hacer a un proveedor calificado. Suministros para la prevención del embarazo, como inyecciones de Depo Provera, Nuvaring y dispositivo intrauterino (DIU), si se reciben en el consultorio del proveedor. Los DIU (dispositivos intrauterinos) requieren una autorización previa (PA) para la farmacia.
Audífonos*	Limitado para niños menores de 21 años; no debe exceder los \$800 por oído cada 36 meses.
Audición - Servicios audiométricos	Limitado para niños menores de 21 años.
Servicios de atención médica domiciliaria*	Visitas de enfermería (especializada), trabajador social y auxiliares de salud de atención directa en el hogar médicamente necesarios
Hospicio*	En el hogar y como paciente internado (excluye los cuidados paliativos en una institución).

<p>Servicios hospitalarios - Atención aguda de paciente internado, incluye Servicios de salud conductual de paciente internado*</p> <p>Admisión hospitalaria de paciente agudo</p>	<p>Incluye admisiones para la atención aguda a largo plazo, hospitalización para la atención de la salud conductual y hospitalizaciones para rehabilitación.</p>
<p>Histerectomía*</p>	

Los servicios que necesitan autorización previa están marcados con un asterisco ()

<p>Inmunizaciones para niños menores de 21 años</p>	<p>Humana – CareSource paga a los proveedores inscritos en el programa de vacunas para niños de Kentucky (Vaccines for Children, VFC), de entre 0 y 18 años, el costo de la administración de la vacuna (inyección), debido a que el programa VFC proporciona el suero de la vacuna (inyección) gratis al proveedor para los afiliados desde el nacimiento hasta los 18 años. Vacunas (sueros) proporcionadas por el programa VFC:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Difteria. • Rotavirus. • Haemophilus. • Rubéola. • Influenza tipo B. • Tétanos. • Hepatitis A. • Varicela. • Hepatitis B. • Poliomiелitis. • Virus del papiloma humano (VPH). • Neumococo. • Tos ferina (tos convulsa). • Gripe. • Sarampión. • Paperas. • Meningococo. • Tuberculosis (TB). <p>Humana – CareSource paga a los proveedores el costo de la administración de las inyecciones (vacuna) y, además, paga la vacuna (el suero) para afiliados de 19 a 21 años.</p>
---	---

Los servicios que necesitan autorización previa están marcados con un asterisco ()

<p>Vacunas para personas de 21 años y mayores</p>	<p>Adultos de 21 años y mayores: Humana – CareSource cubrirá la administración de la vacuna/inmunización.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hepatitis B. • Pentacel: Dtap/HIB (Haemophilus influenzae B)/IPV (vacuna inactivada contra la polio). • Kinrix Dtap/IPV. • Meningococo. • Rotavirus. • Neumococo. • Rabia. • TD (tétanos y difteria). • Influenza conjugada neumocócica • Varicela. • Hepatitis A. • Boostrix (Polio). • Haemophilus IPV. • Influenza tipo B. • MMRV (sarampión, paperas, rubéola y varicela). • VPH (Virus del papiloma humano) solo hasta los 26 años. • Difteria. • Tétanos. • Tos ferina y Haemophilus. • Influenza B [Dtap - Hib (Haemophilus influenzae B)]
<p>Laboratorios (independiente), otro laboratorio</p>	<p>Realizado en el consultorio del médico o en un laboratorio independiente con la orden del médico.</p>
<p>Mamografía*</p>	<p>Las mamografías para afiliados menores de 35 años requieren autorización previa. 1 examen de mamografía cubierto entre los 35 y 39 años. 1 examen de mamografía cubierto por año calendario para personas mayores de 39 años. Mamografía cubierta para el diagnóstico y tratamiento de los síntomas clínicos indicadores de cáncer de mama, independientemente de la edad.</p>
<p>Servicios de maternidad</p>	<p>Servicios de partera enfermera, servicios relacionados con el embarazo, 60 días posparto para los servicios relacionados con el embarazo, servicios en un centro de nacimiento alternativo.</p>

Los servicios que necesitan autorización previa están marcados con un asterisco ()

Terapia de sustitución de la nicotina	
Servicios de proveedores fuera de la red	Las visitas por atención de urgencia y a la sala de emergencias (ER) no requieren una autorización previa. Todos los otros servicios fuera de la red requieren autorización previa.
Línea de asesoría en enfermería (24 horas)	Nuestra línea de asesoría en enfermería las 24 horas da acceso ilimitado a los afiliados para hablar con enfermeras diplomadas a través de número gratuito: 1-866-206-9599. El personal de enfermería diplomado está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, todos los días del año. Para obtener más información, consulte la página 23 en este manual del afiliado.
Servicios de centros de enfermería*	Mientras se encuentre admitido en un centro de atención a largo plazo, Humana – CareSource cubrirá todos los servicios médicamente necesarios que no sean del centro de enfermería por el tiempo que usted permanezca como afiliado activo de Humana – CareSource. El Departamento de Servicios de Medicaid cubrirá los servicios del centro de enfermería.
Consultas dietético nutricionales	Cubierto por motivos de diabetes, embarazo, complicaciones de una cirugía para reducir la obesidad u otros diagnósticos aprobados. Se brinda cobertura para 1 visita de asesoría nutricional por año para el diagnóstico de la obesidad.
Servicios de atención para la obesidad*	Se puede proporcionar cobertura para cirugía si se determina que es médicamente necesaria.
Monitoreo y tratamiento de la obesidad para promover la pérdida de peso sostenida.	Anual.
Terapia ocupacional*	Veinte (20) visitas combinadas para habilitación/rehabilitación por año (niños y adultos). Puede tener cubiertas más visitas si son médicamente necesarias.
Cirugía bucal*	
Trasplantes de órganos*	
Ortodoncias*	Niños menores de 21 años; sujeto a las limitaciones del programa de tarifas y de reembolso que no exceda los \$3000 - Requiere revisión de la necesidad médica y la cobertura dependiendo de la gravedad.
Medicamentos de venta libre (OTC)	Cobertura con una receta emitida por el médico.
Servicios para el control del dolor*	Inyecciones en articulaciones facetarias, epidurales, neurotomía de inyecciones en articulaciones facetarias, inyecciones en puntos desencadenantes y en la articulación sacroilíaca (SI). Los servicios de control del dolor requieren autorización previa.
Fisioterapia*	Veinte (20) visitas combinadas para habilitación/rehabilitación por año (niños y adultos). Puede tener cubiertas más visitas si son médicamente necesarias.

Los servicios que necesitan autorización previa están marcados con un asterisco ()

Servicios de consultorio médico	Los servicios en el consultorio médico incluyen a los médicos, los profesionales pediátricos y de enfermería familiar certificados, las enfermeras parteras, los Centros de salud calificados a nivel federal (Federally Qualified Health Centers, FQHC), las Clínicas de salud rurales (rural health clinics, RHC), los Centros de atención primaria (primary care centers, PCC) y los asistentes médicos.
Servicios de podiatría	
Medicamentos con receta* Medicamento de marca preferida (no su equivalente genérico) Medicamentos que no son de marca preferida	Algunos medicamentos con receta requieren autorización previa.
Servicios preventivos	Consulte la página 26 para ver ejemplos de Servicios preventivos.
Atención privada de enfermería*	Limitada a 2000 horas por año.
Dispositivos protésicos*	Autorización previa obligatoria para servicios facturados de más de \$750.
Terapia del habla*	Veinte (20) visitas combinadas para habilitación/rehabilitación por año (niños y adultos). Puede tener cubiertas más visitas si son médicamente necesarias.
Esterilización	Formulario de consentimiento obligatorio
Abuso de sustancias*	Detección, intervención breve y tratamiento de derivación (Screening, Brief Intervention and Referral Treatment, SBIRT), Evaluación e intervención, Prevención del consumo de alcohol y/o drogas, Manejo de la medicación, Servicios de crisis, Administración de la atención, Desarrollo de habilidades, Servicios ambulatorios (algunos servicios específicos requieren autorización previa, PA), Tratamiento diurno (PA necesaria después de 30 días/120 horas), Servicios residenciales.
Consumo de tabaco	Evaluación, Programa de orientación, Apoyo telefónico, Medicina (ver Terapia de sustitución de la nicotina en esta grilla). A las mujeres embarazadas se les permite la cantidad límite total de 4 sesiones presenciales por cada intento de dejar de fumar.
Transporte	El transporte hacia una cita de atención médica no urgente puede estar disponible a través de una empresa de transporte. Medicaid de Kentucky ofrece este servicio. Para obtener una lista de compañías y para saber cómo contactarlas llame al 1-888-941-7433. En línea en: https://transportation.ky.gov/TransportationDelivery/Pages/default.aspx .

Los servicios que necesitan autorización previa están marcados con un asterisco ().

Transporte (continuado)	También cubrimos el transporte en ambulancia hacia y desde las citas médicas cuando su proveedor indica que se le debe transportar en una camilla y que no puede viajar en automóvil. El transporte está cubierto para las citas médicas si está postrado en cama o paralizado. Debe obtener autorización previa para servicios de ambulancia que no sea de emergencia o de camilla.
Examen de detección, evaluación y tratamiento de la tuberculosis	Se recomienda la prueba cuando existen factores de riesgo. (prueba de TB/Detección, evaluación y tratamiento cubiertos por EPSDT de 0 a 21 años, cuando sea médicamente necesario).
Servicios de atención de urgencia	Sin copago.
Odontología*	Niños menores de 21 años: Dos (2) limpiezas cada (12) meses, extracciones y empastes, radiografías, tratamiento con flúor, evaluación bucal y dental anual, selladores para niños con riesgo de caries, servicios de diagnóstico y tratamiento que son médicamente necesarios y atención restaurativa. Adultos de 21 años y mayores: Dos (2) limpiezas por período de 12 meses, limitado a doce (12) visitas al dentista por año, extracciones y rellenos, un (1) juego de radiografías estándar por período de 12 meses. Sujeto al programa de tarifas y a limitaciones por frecuencia.
Visión*	Los afiliados menores de 21 años pueden recibir un par de anteojos por año (se cubre un par adicional si el primer par se pierde, se daña o cambia la receta); es posible que se proporcionen anteojos adicionales conforme a los Servicios especiales de EPSDT si son médicamente necesarios. Hable con su oftalmólogo si sus anteojos se dañan o si su vista cambia. Los anteojos que cuesten más de \$200 requerirán autorización previa. Para la población especial de K-CHIP2 (programa de seguro de salud infantil), se puede imponer un límite de no más de dos (2) pares de anteojos por año de hasta \$200 cada uno. Esta población no es parte de la población de Exámenes de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (EPSDT). Los adultos no tienen cobertura para recibir el beneficio de anteojos.

Los servicios que necesitan autorización previa están marcados con un asterisco ()

Para algunos servicios, como fisioterapia o cirugía ambulatoria, se requiere una orden de un médico. Para otros servicios, busque en su Directorio de proveedores o en el enlace “Find a Doctor/Provider” (Encontrar un médico/proveedor) en nuestro sitio web. Luego, concrete una cita.

Siempre consulte la tabla de beneficios para saber lo que se necesita y así recibir la

atención necesaria. Llámenos si necesita ayuda para encontrar un proveedor para un servicio.

El pago de estos servicios es responsabilidad del afiliado.

También puede consultar si necesita “autorización previa” o aprobación (indicado con un asterisco) o si existen límites de beneficios especiales. Consulte la tabla atentamente.

Llame a Servicios para Afiliados si usted no encuentra lo que busca o si tiene preguntas.

Servicios: Lo que no está cubierto

En la tabla encontrará muchos ejemplos de limitaciones o exclusiones de servicio de la cobertura, incluidas aquellas debidas a objeciones morales o religiosas. No es posible proporcionar una lista completa de los servicios no cubiertos. Si tiene alguna pregunta acerca de si un servicio está cubierto, llame a Servicios para Afiliados al: **1-855-852-7005** (TTY: 1-800-648-6056 o 711). El pago por los servicios no cubiertos es responsabilidad del afiliado.

Cirugía cosmética (Cirugía plástica)	Procedimientos o servicios cosméticos que se realizan únicamente para mejorar la apariencia.
Histerectomía	Los procedimientos de histerectomía, si se realizan por razones de higiene o solo para esterilización, no están cubiertos.
Inmunizaciones (para niños menores de 21 años)	No brinda cobertura para la aplicación de vacunas para viajar fuera de Estados Unidos.
Vacunas para personas de 21 años y mayores	No brinda cobertura para la aplicación de vacunas para viajar fuera de Estados Unidos.
Infertilidad	Tratamiento médico o quirúrgico de la infertilidad (por ej., la reversión de la esterilización, la fertilización in vitro, etc.).
Laboratorios (independiente), otro laboratorio	La detección no está cubierta en el caso de las pruebas para la detección de drogas en el empleo.
Servicios de atención para la obesidad	Exclusiones: píldoras para dietas, dietas líquidas.
Pruebas de paternidad	
Servicios post mortem	
Medicamentos con receta	No cubre los medicamentos para la fertilidad, la disfunción eréctil, la pérdida del peso.
Esterilización	La esterilización de un afiliado mentalmente incompetente o que reside en una institución no está cubierta.

INFORMACIÓN GENERAL PARA TODOS NUESTROS AFILIADOS

Ahora es afiliado de Humana – CareSource. Bienvenido.

¡Nos complace tenerlo como afiliado! Nuestro objetivo principal es mantenerlo saludable. Y deseamos simplificarle todo. Sabemos que el sistema de atención médica puede ser complicado. Este manual incluye todo lo que necesita saber acerca de su plan de atención médica.

Humana – CareSource es un plan de atención médica administrada que presta servicios a los 120 condados de la Mancomunidad. El contenido de este manual responderá muchas de sus preguntas. Tómese tiempo para leerlo y téngalo a mano en caso de que necesite buscar algo.

También puede visitar nuestro sitio web en **CareSource.com/KY** para obtener información sobre:

- Cómo obtener servicios de emergencia o usar el 911.
- Cómo obtener servicios de salud de especialidades, hospitales y de la salud conductual.
- Cómo obtener atención cuando viaja lejos de casa.
- Sus derechos y responsabilidades.
- Buscar un médico en nuestro directorio de proveedores.
- Nuestro programa de calidad.
- El Aviso de prácticas de privacidad, cómo puede usarse su información y cómo solicitar que se restrinja la divulgación de su información personal de salud.
- Nuestro programa de Administración de caso y cómo usted o su cuidador pueden acceder a él.
- Nuestro programa de Manejo de enfermedades y cómo puede unirse.
- La educación de su médico, capacitación profesional y calificaciones y certificación.
- Cobertura de farmacia y cómo usarla.
- Cómo presentar un reclamo si tiene que hacerlo usted mismo.
- Cómo decirnos si no está satisfecho o presenta una queja.
- Cómo apelar decisiones que pueden afectar su cobertura, beneficios o relación con Humana – CareSource.
- Dónde llamar si tiene preguntas sobre la administración de la atención.
- Políticas y procedimientos para manejar su salud y obtener segundas opiniones de proveedores de atención médica que no son parte de nuestra red.
- Cómo obtener ayuda o materiales si habla un idioma extranjero.

Llámenos si tiene preguntas o no tiene acceso a Internet, ¡podemos ayudarlo!

Transporte

Si tiene una emergencia médica, llame al 911. También cubrimos el transporte en ambulancia hacia y desde las citas médicas cuando su proveedor indica que se le debe transportar en una camilla y que no puede viajar en automóvil. El transporte está cubierto para las citas médicas si está postrado en cama o paralizado. Debe obtener autorización previa para servicios de ambulancia que no sea de emergencia o de camilla.

Para ver servicios de transporte que no se considera de emergencia, consulte la sección de beneficios cubiertos del plan Medicaid en el que está inscrito.

Actualización del copago

¿Qué va a cambiar?

Queremos que, como afiliado, esté informado de cualquier cambio que pueda afectar su seguro médico. A partir del 1 de enero de 2019, el estado de Kentucky requiere que todas las organizaciones de atención administradas por Medicaid, impongan requisitos de reparto de costos. A partir del 1.º de enero de 2019 deberá abonar copagos para determinados servicios. No pagará más de un cinco por ciento de su ingreso familiar por trimestre. Puede haber excepciones. Consulte la tabla de copagos a continuación.

¿Qué es un copago?

Un copago es el monto que le corresponde pagar como parte del costo de un servicio médico, como una visita al médico o un medicamento con receta. Los beneficios que requieren un copago son:

Servicio o artículo	Monto del copago
Medicamentos genéricos preferidos y no preferidos	\$1.00
Medicamentos de marca preferidos que no tienen equivalente genérico	\$4.00
Medicamentos de marca no preferidos	\$4.00
Quiropráctico	\$3.00
Dental: para afiliados no inscritos en el Plan de beneficios alternativos	\$3.00
Podiatría	\$3.00
Optometría: para afiliados no inscritos en el plan de beneficios alternativos	\$3.00
Servicios oftalmológicos generales: para afiliados que no están inscritos en el plan de beneficios alternativos	\$3.00
Visitas al consultorio para recibir atención de un médico, asistente médico, enfermera titulada, enfermera especializada en pediatría y familia, enfermera partera, o cualquier especialista en salud conductual	\$3.00
Servicios de un médico	\$3.00
Visitas al consultorio de la clínica de salud rural, centro de salud primario, centro de salud calificado a nivel federal o a un centro similar	\$3.00
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	\$4.00
Visita a la sala de emergencias para un servicio que no es de emergencia	\$8.00

Toda admisión hospitalaria	\$50.00
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	\$3.00
Equipo médico permanente	\$4.00
Centro de cirugía ambulatoria	\$4.00
Servicios de laboratorio, de diagnóstico o radiografías	\$3.00

Puede haber excepciones en caso de (pero no se limitan a):

Niños bajo custodia tutelar, servicios preventivos, embarazadas, enfermos terminales y atención en un hospicio, servicios de emergencia y algunos servicios de planificación familiar.

Beneficios agregados

Como afiliado a Humana – CareSource, usted obtiene mucho más. Estos beneficios, herramientas y servicios adicionales están disponibles sin costo para usted. Si está embarazada o tiene un bebé, los controles regulares son importantes antes y después de que nazca su bebé. Reciba la atención prenatal que usted y su bebé merecen, ¡y obtenga recompensas por cuidarse y por cuidar a su bebé!

El **Programa Babies First de Humana – CareSource** es para las mujeres embarazadas y niños de hasta 18 meses. Puede ganar hasta \$150 en recompensas por recibir atención prenatal, posparto y controles de salud para el bebé. ¡Queremos ayudarla a celebrar una nueva vida solo por obtener la atención que usted y su bebé necesitan! Funciona de esta manera:

Inscríbase al Programa Babies First en nuestro sitio web o llamando a Servicios para Afiliados. Recibirá su tarjeta de recompensas por correo. • Programe su primera cita prenatal durante los primeros 3 meses de embarazo.

- Respete todas sus visitas prenatales programadas.
- Visite al médico entre 3 y 8 semanas después de que nazca su bebé para su control posparto.
- Obtenga los controles preventivos para su bebé en el transcurso de los primeros 18 meses.

Después de completar determinadas visitas al médico, se cargarán recompensas en su tarjeta. Recibirá una carta por correo cuando esto suceda. Llame a Servicios para Afiliados al **1-855-852-7005** (TTY: 1-800-648-6056 o 711) para obtener más información o si tiene alguna pregunta.

myStrength

Tome el control de su salud mental y pruebe nuestra nueva herramienta de bienestar llamada myStrength. Esta es una herramienta segura diseñada pensando en usted. Le ofrece un apoyo personalizado para ayudarlo a mejorar el estado de ánimo, la mente, el cuerpo y el espíritu. Puede acceder a ella en línea o desde su dispositivo móvil de forma gratuita. myStrength ofrece aprendizaje en línea, herramientas de autoayuda fortalecedoras, recursos de bienestar y citas y artículos inspiradores.

Puede visitar https://bh.mystrength.com/humana_caresource para obtener más información y para registrarse.

Complete el proceso de registro de myStrength y el perfil personal. También puede descargar la aplicación myStrength para dispositivos iOS o Android en www.mystrength.com/mobile e INICIAR SESIÓN con su correo electrónico y contraseña de inicio de sesión.

Herramientas para un acceso fácil

Aplicación móvil

Maneje su plan de Humana – CareSource sobre la marcha con la aplicación móvil sin costo de CareSource. La aplicación le permite acceder de manera segura a su cuenta de My CareSource desde su dispositivo móvil para:

- Ver su tarjeta de identificación del afiliado.
- Encontrar un proveedor dentro de nuestra red.
- Revisar los beneficios de su plan.
- Llamar a nuestra línea de asesoría en enfermería.
- Llamar y hablar con un representante de Servicios para Afiliados, ¡y más!

Puede utilizar esta aplicación móvil tanto en un dispositivo iPhone como en Android. Consígala sin costo a través de App Store o Google Play buscando CareSource.

Cuenta My CareSource®

Su cuenta MyCareSource® es una cuenta privada, personal en línea que puede ayudarle a obtener la mejor experiencia como afiliado. Puede:

- Cambiar de médico.
- Solicitar una nueva tarjeta de ID de afiliado.
- Ver reclamos y detalles del plan.
- Realizarse la evaluación de riesgos de salud.
- Y mucho más.

¡Regístrese ahora! Es fácil, rápido y seguro. Visite MyCareSource.com para comenzar.

CONTÁCTENOS

Número telefónico de Servicios para Afiliados:

1-855-852-7005 (TTY: 1-800-648-6056 o 711)

En línea: CareSource.com/KY

Línea de asesoría en enfermería las 24 horas:

1-866-206-9599 (TTY: 1-800-648-6056 o 711)

Transporte:

Los afiliados al plan estatal deben llamar al 1-888-941-7433.

<https://transportation.ky.gov/TransportationDelivery/Pages/Human-Services-Transportation.aspx>

Horario de atención

Servicios para Afiliados está abierto de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m. Hora estándar del Este (EST), excepto los días festivos que se mencionan a continuación.

Nota: Luego del horario de oficina, o cuando nuestra oficina esté cerrada, puede contactarnos:

- Eligiendo la opción de nuestro menú telefónico que satisfaga sus necesidades.
- Enviando un correo electrónico a través de nuestro sitio web **CareSource.com/KY** y completando el Formulario “Tell us” (Cuéntenos).

Humana – CareSource permanece cerrado los siguientes días festivos principales:

- Día de Año Nuevo: martes 1.º de enero de 2019
- Día de los Caídos (Memorial Day): lunes 27 de mayo de 2019
- Día de la Independencia: jueves 4 de julio de 2019
- Día del Trabajo: lunes 2 de septiembre de 2019
- Día de Acción de Gracias: jueves 28 de noviembre de 2019.
- El día siguiente al Día de Acción de Gracias: viernes 29 de noviembre de 2019
- Víspera de Navidad: martes 24 de diciembre de 2019
- Día de Navidad: miércoles 25 de diciembre de 2019

¡Escríbanos!

Humana – CareSource
P.O. Box 221529, Louisville,
KY 40252-1529

Nuestro horario es de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. hora del Este, excepto los días festivos principales antes mencionados.

Dirección de la oficina:
10200 Forest Green Boulevard, Suite 400, Louisville, KY 40223

Nos gustaría saber su opinión sobre nosotros. Si tiene ideas acerca de cómo podemos mejorar o maneras en que podemos atenderlo mejor, háganoslo saber. Sus ideas son importantes. Queremos que sea un afiliado sano y esté contento.

SERVICIOS PARA AFILIADOS Y CARESOURCE.COM

Llame a Servicios para Afiliados o visite [CareSource.com/KY](https://www.caresource.com/KY) para obtener más información sobre:

- Beneficios, reclamos o elegibilidad.
- Preguntar si necesita aprobación o autorización previa para obtener un servicio.
- Qué servicios están cubiertos y cómo usarlos.
- Cómo obtener una nueva tarjeta de ID del afiliado.
- Informar una tarjeta de ID perdida.
- Elegir o cambiar su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP).
- Ayuda para afiliados que no hablan o leen bien en inglés.
- Cómo podemos ayudar a los afiliados con problemas de visión o audición a comprender la información.
- Presentar una queja acerca de Humana – CareSource o de un proveedor.

Para recibir un servicio más rápido, tenga a mano el número de ID de afiliado que aparece en su tarjeta de Humana – CareSource cuando nos llame. En la página 4 puede encontrar más información sobre su tarjeta de ID de afiliado.

My CareSource® es una cuenta privada, personal, en línea que puede ayudarlo a obtener la mejor experiencia como afiliado. Usted puede:

- Cambiar de médico.
- Solicitar una nueva tarjeta de ID de afiliado.
- Registrarse para recibir notificaciones de texto y por correo electrónico cuando los documentos estén disponibles.
- Ver reclamos y detalles del plan.
- Y mucho más.

¡Regístrese ahora! Es fácil, rápido y seguro. Visite [MyCareSource.com](https://www.MyCareSource.com) para comenzar.

Avísenos si su información cambia

Queremos asegurarnos de que siempre podamos contactarlo acerca de su atención. No queremos perderlo como afiliado, por lo que es muy importante informarnos si la información que aparece en su solicitud de Medicaid cambia. Debe informar todos los cambios al Departamento de Servicios Basados en la Comunidad (Department for Community Based Services, DCBS) en un plazo de 30 días. Si no informa esos

cambios dentro de ese plazo, puede perder sus beneficios médicos. Ejemplos de los cambios que debe informar:

- Cambio de dirección física o de correo, o cambio en la información de contacto.
- Cambios en los ingresos de los integrantes del hogar. Por ejemplo, aumento o disminución de las horas de trabajo, aumento en la tarifa de pago, cambio en el empleo independiente, comienzo de un nuevo empleo, o cese de un empleo.
- Cambios en las relaciones o el tamaño del grupo familiar. Por ejemplo, alguien |viene a vivir a su hogar o alguien se va del hogar, casamientos o divorcios, embarazos o nacimientos.
- Usted u otros integrantes del hogar reúnen las condiciones para otra cobertura de salud, como un seguro médico de un empleador, Medicare, Tricare u otro tipo de cobertura de salud.
- Cambios en el estado de inmigración.
- Estar en prisión o en la cárcel.
- Comienza a declarar impuestos federales sobre los ingresos o deja de hacerlo.
- Cambios en su declaración de impuestos federales sobre los ingresos, tales como cambios en sus dependientes o cambios en los ajustes sobre el ingreso imponible en la primera página del formulario de declaración de impuestos sobre los ingresos.

Puede informar los cambios mediante alguno de los siguientes métodos:

- Visitando una oficina del DCBS en persona. Para encontrar una oficina de DCBS en su zona, consulte https://prdweb.chfs.ky.gov/Office_Phone/index.aspx.
- Informando el cambio por escrito y por correo postal a: DCBS, P.O. Box 2104, Frankfort, KY 40601.
- Llamando por teléfono a DCBS al número 1-855-306-8959; o
- A través del Portal de autoservicio para encontrar beneficios www.benefind.ky.gov.

El Departamento de Servicios de Medicaid puede cancelar su inscripción al programa Medicaid si el Departamento no puede contactarlo por correo de primera clase y si Humana – CareSource no puede proporcionarles su dirección válida. Puede dejar de estar inscrito hasta que el Departamento o Humana – CareSource puedan localizarlo y se pueda establecer la elegibilidad.

Servicios de intérprete

En su familia, ¿hay algún afiliado a Humana – CareSource que:

- no hable inglés?
- tenga problemas auditivos o visuales?
- tenga problemas para leer o hablar en inglés?

De ser así, podemos ayudarlo. Podemos conseguirle intérpretes de idiomas y de lenguaje de señas. También se proporciona interpretación oral para todos los idiomas.

Los intérpretes pueden ayudar a los afiliados a comunicarse con nosotros o con su proveedor de atención médica. También pueden ayudarlo con un reclamo o una apelación cuando no esté satisfecho con una decisión (consulte la página 44). Pueden ayudarlo por teléfono o en persona. Llame a Servicios para Afiliados para solicitar los servicios de lenguaje de señas 5 días hábiles antes de la cita programada. Llame a Servicios para Afiliados para solicitar los servicios de un intérprete con 24 horas de anticipación respecto de la cita programada. También podemos conseguir materiales impresos traducidos al español y a cada uno de los idiomas distintos al inglés más utilizados, además de los 15 idiomas distintos al inglés principales divulgados por la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights) en otros idiomas o formatos alternativos, como letra grande o en Braille y otras ayudas y servicios auxiliares. Y, de ser necesario, podemos leerle los materiales. Puede obtener estos servicios sin costo. Simplemente, llámenos al **1-855-852-7005** (TTY: 1-800-648-6056 o 711) para coordinar los servicios de intérprete.



¿OTRO SEGURO?

Si tiene otro seguro médico, llame a Servicios para Afiliados al: 1-855-852-7005 (TTY: 1-800-648-6056 o 711) para informarnos. Por ejemplo, puede ser que usted tenga un seguro médico a través de su trabajo, o sus hijos pueden tener un seguro a través de su madre o padre.

También debe llamarnos si ha perdido un seguro médico sobre el que nos haya informado. Si no nos proporciona dicha información, esto podría originar inconvenientes para obtener la atención médica y para la facturación.

Primero, los proveedores enviarán una factura a su seguro principal. Después de que su seguro principal pague su parte, su proveedor nos facturará a nosotros. Nosotros pagaremos el saldo remanente luego del pago realizado por el seguro principal (hasta el importe que habríamos pagado si fuésemos el seguro principal). Debe informarnos inmediatamente si su otra aseguradora cambia.

Por favor, infórmenos si usted o algún miembro de su familia inscrito en Humana – CareSource han visitado a un médico a causa de una lesión o enfermedad provocadas por otra persona o en un negocio. Algunos ejemplos son:

- Resulta lesionado en un accidente automovilístico.
- Lo muerde un perro.
- Sufre una caída y se lesiona en una tienda.

Llame a Servicios para Afiliados: **1-855-852-7005** (TTY: 1-800-648-6056 o 711) para informarnos. Es posible que otra compañía de seguros tenga que pagar la factura del médico o del hospital. Por favor, díganos el nombre de:

- La persona responsable.
- La compañía de seguros de esa persona.
- Cualquier abogado involucrado.

Esta información nos ayudará a evitar retrasos en el trámite de sus beneficios.

Pérdida de Medicaid

El Departamento de Servicios Basados en la Comunidad (Department of Community Based Services, DCBS) decide quién tiene acceso a Medicaid. Si el DCBS determina que usted ya no tiene acceso a Medicaid, entonces se nos informará que suspendamos su afiliación. Usted dejaría de estar cubierto por Humana – CareSource.

Si tiene preguntas acerca de la elegibilidad de Medicaid, comuníquese a su oficina local del DCBS. Para encontrar su oficina local del DCBS, ingrese a https://prdweb.chfs.ky.gov/Office_Phone/index.aspx.

Línea de asesoría en enfermería las 24 horas

Puede llamar en cualquier momento para hablar con un atento y experimentado

miembro de nuestro personal de enfermería diplomado. La llamada es gratuita. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana, todos los días del año. 1-866-206-9599 (TTY: 1-800-648-6056 o 711).

Nuestro personal de enfermería puede ayudarlo a:

- Decidir si necesita acudir al médico o a la sala de emergencias.
- Obtener información acerca de una afección médica o un diagnóstico reciente.
- Hacer una lista de preguntas para sus visitas al médico.
- Obtener más información acerca de los medicamentos con receta o de venta libre.
- Informarse acerca de pruebas médicas o cirugías.
- Aprender sobre su nutrición y bienestar.

Su proveedor de atención primaria (PCP)

Su proveedor de atención primaria o PCP es la persona principal que le brinda atención médica y que se ocupa de usted de forma regular. Su PCP conoce su historial médico. El PCP puede ser un médico, un enfermero o un asistente médico. El PCP está capacitado en medicina familiar, medicina interna o pediatría. Su PCP es su “hogar médico” y aprenderá rápidamente lo que es normal para usted y lo que no lo es. Cuando necesite atención médica, primero visite a su PCP. Su PCP le brindará tratamiento para la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina.

Si es necesario, su PCP lo derivará a otros médicos (especialistas) o lo admitirá en el hospital. Su PCP trabajará con usted en relación con todas sus necesidades de salud.

Puede comunicarse con su PCP llamando al consultorio. El nombre y teléfono de su PCP aparecen en su tarjeta de identificación de Humana –CareSource. Es importante que visite a su PCP tan pronto como pueda. De este modo, su PCP podrá conocerlo y comprender sus necesidades de atención médica. Si usted está viendo a un médico nuevo, asegúrese de llevar con usted todos sus registros médicos pasados o solicite que se los envíen a su nuevo médico.

Cómo elegir un PCP

Si es nuevo en Humana – CareSource y aún no ha elegido un PCP, de todos modos puede obtener atención. Solo tiene que llamar a Servicios para Afiliados: 1-855-852-7005 (TTY: 1-800-648-6056 o 711). Podemos ayudarlo a obtener la atención que necesita y a que elija un PCP.

Elegir a un PCP lo ayudará a gestionar sus necesidades de atención médica. Puede elegir un PCP del Directorio de proveedores de Humana – CareSource. Puede empezar a visitar a dicho PCP desde el primer día de su inscripción. Si necesita atención médica antes de tener un PCP, puede visitar a cualquier proveedor de nuestra red.

A veces, es posible que haya un motivo por el cual su PCP tenga que ser un especialista, "específico para sus necesidades incluidos aquellos con una necesidad de atención médica ginecológica u obstétrica, una discapacidad o una enfermedad

crónica". Si considera que necesita que su PCP sea un especialista, llame a Servicios para Afiliados.

¿Qué pasa si no elige un PCP?

Si no recibe ingresos del Seguro social*, y no elige un PCP al momento de inscribirse, le notificaremos dentro de un plazo de 10 días de realizada la inscripción acerca del procedimiento de elección del PCP. Si no elige un PCP, nosotros le asignaremos uno. Puede comenzar a visitar a su PCP desde el primer día de su inscripción. Si necesita atención médica y aún no tiene un PCP, puede visitar a cualquier proveedor de nuestra red. Puede encontrar un PCP en su zona visitando “Find a Doctor/Provider” (Encontrar un médico/proveedor) en **CareSource.com/KY**. También puede buscar en su Directorio de proveedores.

**El ingreso del Seguro social es el dinero que usted recibe ahora y que usted pagó en el pasado como impuestos del Seguro social cuando trabajaba.*

Si recibe ingresos del Seguro social, y no reúne los requisitos ni para Medicare ni para Medicaid, recibirá:

- Una carta cuando se inscriba solicitando que elija un PCP.
 - Si no elige un PCP en un plazo de 30 días, se le enviará una segunda carta solicitando que elija un PCP.
 - Después de 60 días, si todavía no ha elegido un PCP, le enviaremos una tercera carta.
 - Si no elige un PCP le asignaremos uno y le daremos el nombre de su nuevo PCP. Por favor, recuerde llamarnos si necesita ayuda para elegir un PCP de nuestra red.

Casos especiales:

- Para aquellos afiliados que hayan sido adoptados, se les asignará un PCP según la residencia de sus padres adoptivos.
- Si está embarazada y puede ser elegible para Medicaid no necesita elegir un PCP.
- Si es un afiliado con elegibilidad doble, un afiliado presuntamente elegible (“presuntamente elegible”, vea la página 72) o está en custodia tutelar, un adulto bajo tutela estatal o un niño discapacitado menor de 18 años, no necesita elegir un PCP.
- Si tiene seguro con Medicare y Humana – CareSource, no necesita elegir un PCP.

Recomendamos a todos los afiliados que elijan un PCP y tengan un hogar médico.

Cómo cambiar de PCP o especialista

Esperamos que esté satisfecho con su PCP o especialista. Si desea cambiar su PCP o especialista por alguna razón, llame a Servicios para Afiliados para informárnoslo.

Realizaremos el cambio en la fecha en que nos llame. Le enviaremos una nueva tarjeta de identificación de afiliado donde figure su nuevo PCP.

Si usted es un paciente nuevo para su PCP, llame al consultorio para programar una cita. Servicios para Afiliados también puede ayudarlo a programar su primera cita. Quizá usted no pueda hacer el cambio si el nuevo PCP o especialista no acepta pacientes nuevos o si tiene otras restricciones. Por favor, llámenos si necesita ayuda.

Algunas veces los PCP o especialistas nos informan que van a cambiar de ubicación, retirarse o abandonar nuestra red. Esto se llama finalización voluntaria. Si esto sucede con su PCP o especialista, se lo informaremos por correo dentro de un plazo de 30 días. Nosotros lo ayudaremos a encontrar un nuevo médico.

Humana – CareSource en ocasiones puede finalizar la participación de un médico. Esto se llama finalización involuntaria. Si esto sucede con su PCP o especialista, se lo informaremos por correo dentro de un plazo de 15 días. Nosotros lo ayudaremos a encontrar un nuevo médico.

También le informaremos si algún hospital de su área deja de aceptar a Humana – CareSource. Al elegir su proveedor de atención primaria, llame al consultorio y haga una cita. Programe las consultas con el médico con la mayor anticipación posible.

Es importante que asista a las visitas programadas. Algunas veces suceden cosas que le impiden ir a la consulta con el médico. Si tiene que cancelar su cita, llame al consultorio del médico por lo menos 24 horas antes de su cita. Si no se presenta a varias citas, su médico puede solicitarle que escoja a otro médico.

Visitas al médico

Una vez que se le asigna su PCP, este será su médico personal. Puede visitar a su PCP para obtener la atención preventiva y los controles de rutina.

La atención preventiva incluye:

- Controles médicos periódicos.
- Vacunas para niños.
- Exámenes y evaluaciones, cuando se consideren necesarios.

La atención de rutina incluye atención para cosas como:

- Resfrío/Gripe.
- Dolor de oídos.
- Urticaria.
- Inflamación de garganta.

Debe visitar a su PCP en un plazo de 90 días después de unirse a Humana – CareSource.

Aquí le mostramos algunas cosas que debe recordar antes de ir al médico:

- Siempre lleve su ID de Humana – CareSource.

- Lleve sus recetas.
 - Es bueno que su médico sepa qué medicamentos está tomando.
- Prepare cualquier pregunta para su médico antes de tiempo para que no se olvide de ninguna.
 - Su médico es alguien en quien puede confiar y con quien puede contar.
 - Pregunte cualquier inquietud que tenga.
- Si tiene que cancelar una cita, por favor hágalo con 24 horas de anticipación.

DIRECTORIO DE PROVEEDORES

Humana – CareSource le proporcionará un Directorio de proveedores. El Directorio de proveedores consiste en una lista de los médicos y proveedores a los que puede acudir para obtener servicios. Esta lista se denomina nuestra red de proveedores. Tenga en cuenta que nuestro directorio puede variar y siempre puede comunicarse con nosotros para ver si se ha agregado o eliminado un nuevo PCP desde la impresión del directorio. También podemos brindarle más información acerca de los proveedores, si lo necesita, o darle un directorio de proveedores más actualizado. Solo tiene que llamar a Servicios para Afiliados: **1-855-852-7005** (TTY: 1-800-648-6056 o 711), o puede visitar nuestro sitio web en findadoctor.CareSource.com.

Encontrar un médico

Hemos mejorado nuestra herramienta “Find a Doctor” (Encontrar un médico). Ahora es más fácil que nunca utilizarla. Nuestro sitio web incluye instrucciones para ayudarlo a encontrar lo que usted necesita.

Simplemente ingrese a findadoctor.CareSource.com.

Si aún no ha elegido un PCP:

- Busque en la guía del Directorio de proveedores que le enviamos por correo postal.
- Busque en nuestro sitio web en findadoctor.CareSource.com.
- Llame a Servicios para Afiliados: **1-855-852-7005** o TTY: 1-800-648-6056 o 711

Es importante iniciar una buena relación médico/paciente con su PCP tan pronto como sea posible. Llame al consultorio para programar una visita. Lleve con usted cualquier registro médico a su primera visita o solicite que se los envíen antes de su cita. El PCP que se le designó o que escogió querrá conocerlo y comprender sus necesidades de atención médica.

Las derivaciones no son obligatorias

Puede consultar a cualquier proveedor de nuestra red, incluidos especialistas y hospitales para pacientes internados. Humana – CareSource no requiere

derivaciones del proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) para consultar especialistas dentro de nuestra red. Puede autoderivarse a cualquiera de los proveedores de la red. Los PCP no necesitan coordinar ni aprobar estos servicios para usted siempre y cuando no haya alcanzado el límite de beneficios para ese servicio. Consulte también la tabla de beneficios de la página 6.

Se aplican excepciones a esta política para los afiliados que pertenecen al Programa de restricción de proveedores de Kentucky (KLIP). Consulte la sección acerca de KLIP en la página 50 de este manual.

Puede consultar a un proveedor fuera de la red sin necesidad de una derivación en los siguientes casos:

- Atención de emergencia.
- Atención en centros de salud mental comunitarios.
- Servicios de planificación familiar que brindan proveedores de planificación familiar calificados (p. ej., paternidad planificada).
- Atención en Centros de salud calificados a nivel federal (FQHC) y Clínicas de salud rurales (RHC).

Todos los otros proveedores que no pertenezcan a la red deben tener una derivación de su PCP o especialista de la red.

Usar un proveedor que no pertenece a nuestra red

El Directorio de proveedores menciona todos los proveedores a los que puede acudir para obtener servicios. El único momento en que puede visitar a un proveedor que no pertenece a nuestra red es en el caso de:

- Servicios de emergencia.
- Servicios de planificación familiar de cualquier Proveedor calificado de servicios de planificación familiar.
- Atención en Centros de salud calificados a nivel federal (FQHC) y Clínicas de salud rurales (RHC).
- Servicio o atención de posterior a la estabilización que recibe luego de los servicios de emergencia.
- Un servicio fuera de la red que no podemos brindar dentro de nuestra red para satisfacer su necesidad médica; sin embargo, estos servicios necesitan autorización previa.

Es necesaria una autorización previa para todos los demás servicios cubiertos si piensa recurrir a un proveedor que no pertenece a nuestra red. Autorización previa significa que usted tiene la aprobación de Humana – CareSource para obtener el servicio. Su PCP también puede solicitar esta aprobación en su nombre. Primero consultaremos si existe algún proveedor dentro de nuestra red que pueda brindarle tratamiento. De no ser así, lo ayudaremos a encontrar un proveedor que no pertenezca a nuestra red. Si recurre a un proveedor que no está dentro de nuestra red sin la aprobación previa, deberá pagar por los servicios.

DÓNDE OBTENER ATENCIÓN MÉDICA

Queremos asegurarnos de que recibe la atención adecuada por parte del proveedor de atención médica apropiado cuando usted lo necesita. Use la siguiente información para ayudarlo a decidir a dónde debe ir para recibir atención médica.

Debe recurrir a su PCP para todas sus visitas de rutina. Algunos ejemplos de afecciones generales que su PCP puede tratar son:

- Mareos.
- Presión arterial alta/baja.
- Hinchazón de piernas y de pies.
- Niveles altos/bajos de azúcar en la sangre.
- Tos persistente.
- Pérdida del apetito.
- Intranquilidad.
- Dolor en las articulaciones.
- Resfrío/Gripe.
- Dolor de cabeza.
- Dolor de oídos.
- Dolor de espalda
- Estreñimiento.
- Urticaria.
- Inflamación de garganta.
- Extracción de puntos de sutura.
- Secreción vaginal.
- Pruebas de embarazo.
- Manejo del dolor.

Visite a su PCP para obtener atención preventiva. Esto implica ir al médico en forma regular, aunque no se sienta enfermo. Los controles, las pruebas y los exámenes de salud regulares pueden ayudar a su médico a diagnosticar y tratar los problemas a tiempo, antes de que se agraven.

La atención preventiva incluye cosas como inmunizaciones para niños, adolescentes y adultos jóvenes desde el nacimiento hasta los 21 años.

EXÁMENES DE DETECCIÓN TEMPRANA Y PERIÓDICA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO (EPSDT)

Detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (EPSDT), exámenes preventivos (de bienestar) y exámenes de salud recomendados por edad para los afiliados desde el nacimiento hasta el último día del mes en el que cumplen 21 años. Humana – CareSource cubre los exámenes preventivos (de bienestar) de EPSDT y los controles de salud sin costo alguno para usted.

Atención preventiva EPSDT

EPSDT proporciona a su hijo atención integral preventiva de la salud desde el nacimiento hasta el último día del mes en el que cumple 21 años. Esta atención de salud preventiva incluye exámenes de atención médica y controles generales recomendados por edad.

La atención preventiva es clave para asegurarse de que los niños, adolescentes y adultos jóvenes se mantengan saludables. Llevar a su hijo para exámenes médicos regulares y controles los ayudará a usted y al proveedor a identificar y prevenir una enfermedad de manera temprana, para que su hijo pueda obtener atención rápidamente.

Los afiliados elegibles para el programa EPSDT (desde el nacimiento hasta el último día del mes en el que cumplen 21 años) con necesidades especiales de atención médica pueden obtener servicios de Administración de la atención.

Los exámenes de EPSDT y los controles generales incluyen:

- Exámenes médicos/físicos.
- Historial de salud y desarrollo completo.
- Controles de peso y altura con asesoramiento nutricional cuando sea necesario.
- Pruebas auditivas.
 - Las pruebas auditivas comienzan cuando su hijo es recién nacido.
 - Las pruebas auditivas y las evaluaciones de riesgo se realizan en cada visita de EPSDT.
- Exámenes oftalmológicos (vista).
 - Los exámenes oftalmológicos comienzan cuando su hijo es recién nacido.
 - Los exámenes oftalmológicos y las evaluaciones de riesgo se realizan en cada visita de EPSDT.
- Visitas dentales.
 - Durante las visitas de EPSDT, se proporcionan evaluaciones de la salud a las edades recomendadas y se hacen derivaciones al dentista cuando es necesario.
 - Derivación a dentistas para los 12 meses o antes si se identifica un problema o sale un diente.

- Derivaciones a especialistas cuando sea necesario y recomendado independientemente de la edad del niño.
- Análisis, exámenes y evaluaciones de salud conductual y de desarrollo.
- Pruebas de laboratorio, que incluyen exámenes de sangre, pruebas de nivel de plomo, evaluaciones/pruebas de riesgo de TB y análisis de orina.
- Vacunas (inmunizaciones).
 - Lineamientos para medir y mejorar la salud y el bienestar de bebés, niños, adolescentes y las necesidades de salud preventiva de sus familias (consejería, evaluaciones o pruebas de detección) de cada niño/adolescente en su familia.
 - Necesidades de intervenciones y/o derivaciones para comportamientos de riesgo identificados.
 - Asiento de seguridad para el vehículo, cinturón de seguridad, abuso de alcohol o sustancias, actividad sexual, salud mental, retrasos del desarrollo.
- Educación sobre salud y seguridad.

Llame al PCP de su hijo para programar una cita preventiva de EPSDT (examen de salud general y exámenes de salud recomendados por edad). Recuerde llevar el registro de vacunas de su hijo a la cita para que su PCP tenga un registro de salud completo. Programe los exámenes de EPSDT para todos los afiliados familiares elegibles regularmente para que usted, su hijo y su PCP puedan trabajar en equipo para mantener a su familia saludable. Las visitas de atención preventiva (visitas de niño sano) de EPSDT son distintas que las visitas al PCP cuando el niño está enfermo. Humana – CareSource le recomienda programar el primer examen de salud general EPSDT en un plazo de 90 días de convertirse en afiliado.

Usted o el PCP de su hijo pueden sospechar o detectar un problema que necesite más que atención preventiva. Esto puede incluir otra atención de médica (servicios especiales), servicios de diagnóstico y evaluación, y tratamiento médicamente necesario, lo que incluye servicios de rehabilitación, atención médica y en el hospital, atención médica en el hogar, equipamiento médico y suministros, servicios auditivos, dentales y para la vista, pruebas de laboratorio adicionales, etc.

Los afiliados elegibles para el programa EPSDT (desde el nacimiento hasta el último día del mes en el que cumplen 21 años) con necesidades especiales de atención médica pueden obtener servicios de Administración de la atención.

Los Servicios especiales de EPSDT (y otra atención médica necesaria, posterior diagnóstico y tratamiento) están disponibles para su hijo para corregir una afección física, de desarrollo, de salud mental, trastorno por abuso de sustancias u otra afección, para asegurarse de que las necesidades especiales de su hijo se aborden con una mejor atención para que pueda llevar una vida saludable.

Humana – CareSource cubrirá servicios que sean médicamente necesarios y se aprueben mediante una autorización previa incluso si no están cubiertos conforme

al Programa Medicaid de Kentucky. Llame a Servicios para Afiliados si tiene una pregunta sobre la cobertura o los servicios que requieren autorizaciones previas.

Las visitas preventivas de EPSDT (examen de salud general) se recomiendan a las siguientes edades:

Lactancia

- 1 mes
- 2 meses
- 4 meses
- 6 meses
- 9 meses
- 12 meses

Primera infancia

- 15 meses
- 18 meses
- 24 meses
- 30 meses
- 3 años * para los 3 años y más, las visitas de EPSDT se realizan una vez al año

Edad escolar

- 4 años
- 5 años
- 6 años
- 7 años
- 8 años
- 9 años
- 10 años

Adolescentes y adultos jóvenes

- 11 años
- 12 años
- 13 años
- 14 años
- 15 años
- 16 años
- 17 años
- 18 años
- 19 años
- 20 años
- 21 años (hasta el final del mes en que el afiliado cumple 21 años)

¿DEBO IR A LA SALA DE EMERGENCIAS?

Para decidir si debe concurrir a una sala de emergencias (ER), atención de urgencia o a su PCP, hágase las siguientes preguntas:

- ¿Es seguro esperar y llamar primero a mi médico?
- ¿Es seguro esperar y programar una cita con mi médico para el día siguiente o dentro de dos días?
- ¿Es seguro esperar para saber si mi médico puede darme una cita hoy mismo?
- Si mi médico no puede recibirme, ¿es seguro acudir a una clínica de atención de urgencias?
- ¿Podría morir o sufrir una lesión grave si no obtengo atención médica de inmediato?

Si no tiene la seguridad de que su enfermedad o lesión sea una emergencia, llame a su médico o llame a nuestra línea de asesoría en enfermería las 24 horas. Llame al: **1-866-206-9599** para hablar con un enfermero.

Los servicios de emergencia constituyen servicios para un problema médico que usted considera tan serio que debe ser tratado por un médico de inmediato. Humana – CareSource también puede cubrir el transporte de emergencia. Cubrimos la atención de emergencia tanto dentro como fuera de nuestra área de servicio. Estos son algunos ejemplos de situaciones que requieren servicios de emergencia:

- Aborto espontáneo/embarazo con hemorragia vaginal.
- Dolor agudo en el pecho.
- Falta de aire.
- Pérdida del conocimiento.
- Ataques/Convulsiones.
- Sangrado incontrolable.
- Vómito severo.
- Violación.
- Quemaduras graves.

No tiene que comunicarse con nosotros para obtener la aprobación antes de recibir los servicios de emergencia. Si tiene una emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias (ER) más cercana. Si no sabe qué hacer, llame a su PCP para obtener ayuda o puede llamar a nuestra línea telefónica de asesoría en enfermería las 24 horas: **1-866-206-9599** (TTY: 1-800-648-6056 o 711)

Recuerde, si tiene una emergencia:

- Llame al 911 o acuda a la sala de emergencia (ER) más cercana. Asegúrese de decirles que usted es afiliado de Humana – CareSource. Muéstreles su tarjeta de ID de afiliado.
- Si el proveedor que le está brindando atención médica por una emergencia considera que necesita otro tipo de atención para el tratamiento del problema que la causó, el proveedor debe comunicarse con Humana – CareSource.
- Si le es posible, llame a su PCP en cuanto pueda. Infórmele que tiene una emergencia médica. O que alguien llame por usted. Después de la emergencia, llame a su PCP tan pronto como pueda para programar la atención de seguimiento.

Si en el hospital deciden internarlo, asegúrese de que llamen a Humana – CareSource dentro de las 24 horas.

En ocasiones, se puede enfermar o lastimar mientras está de viaje. Estos son algunos consejos para saber qué hacer si esto sucede.

Si tiene una emergencia, llame al 911 o acuda a la Sala de emergencias (ER) más cercana.

Si no es una emergencia, llame a su PCP y pida que lo aconseje.

Si no está seguro de si se trata de una emergencia: Llame a su PCP o a la línea de asesoría en enfermería las 24 horas al **1-866-206-9599** (TTY: 1-800-648-6056 o 711). Podemos ayudarlo a decidir qué hacer.

Si concurre a un centro de atención de urgencia, llame a su PCP tan pronto como sea posible. Infórmele de su visita.

Atención posterior a la estabilización

Se trata de la atención que recibe después de que se le hayan proporcionado servicios médicos de emergencia. Ayuda a mejorar o despejar su problema de salud o evita que empeore. No importa si usted recibió atención de emergencia dentro o fuera de nuestra red. Cubriremos servicios médicamente necesarios después de una emergencia. Debe recibir atención hasta que su condición sea estable.

Si tiene una emergencia, llame al 911 o acuda a la sala de emergencias (ER) más cercana.

ATENCIÓN A LARGO PLAZO

Si necesita obtener servicios en un centro de enfermería para recibir atención a largo plazo, nosotros lo ayudaremos. Hablaremos con su médico y con el centro para asegurarnos de que reciba la atención que necesita. Una vez admitido en el centro de enfermería, Humana – CareSource cubrirá los servicios, como la atención de médicos, servicios terapéuticos, de administración de oxígeno, etc., siempre y cuando usted sea un afiliado nuestro. Tenga en cuenta que, después de 30 días en atención a largo plazo, es posible que ya no sea elegible para Medicaid. El Gabinete para la Salud y Servicios Familiares (Cabinet for Health and Family Services) cubrirá todos los otros servicios prestados dentro del centro de enfermería. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Afiliados: **1-855-852-7005** (TTY: 1-800-648-6056 o 711).

SEGUNDAS OPINIONES

Tiene derecho a obtener una segunda opinión acerca de su tratamiento. Esto incluye los procedimientos quirúrgicos y los tratamientos de afecciones complejas o crónicas. Significa hablar con un médico diferente acerca de un problema para conocer su punto de vista. Quizá pueda ayudarlo a determinar si ciertos servicios o tratamientos son los adecuados para usted. Informe a su PCP si desea obtener una segunda opinión.

Puede elegir cualquier médico dentro o fuera de nuestra red para que le dé una segunda opinión. Si no puede encontrar a un médico dentro de nuestra red, lo ayudaremos a encontrar uno. Si necesita ver a un médico que no pertenece a la red de Humana – CareSource para una segunda opinión, debe obtener nuestra autorización previa (consulte la página 6).

Cualquier prueba que se indique para obtener una segunda opinión deberá realizarla un médico de nuestra red. Los análisis solicitados por el médico que le da la segunda opinión deben tener la aprobación previa de Humana – CareSource. Su PCP considerará la segunda opinión y le ayudará a decidir cuál es el mejor tratamiento.

EMBARAZO Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Humana – CareSource quiere que tenga un embarazo saludable. Estos servicios son confidenciales y privados para todos los afiliados, independientemente de la edad. Aquí le informamos cómo puede aprovechar los servicios y beneficios que tenemos para ofrecerle.

Enfermedades de transmisión sexual

La detección, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual es un servicio que se proporciona sin derivación. Puede consultar a un proveedor que no esté en la red de Humana - CareSource. Si el proveedor que desea visitar no está en la red de Humana - CareSource, deberá llamar a Servicios para Afiliados al: **1-855-852-7005** (TTY: 1-800-648-6056 o 711) para avisarles a quién consultará para sus servicios de enfermedades de transmisión sexual.

Servicios de planificación familiar

Humana – CareSource ofrece acceso a servicios de planificación familiar y se proporcionan de manera de protegerlo y permitirle elegir el método de planificación familiar que desee. Puede recibir servicios de planificación familiar sin una derivación. Puede consultar a un proveedor que no esté en la red de Humana – CareSource. Si el proveedor que desea visitar no está en red de Humana – CareSource, es posible que necesite una autorización previa antes de la visita. Llame a Servicios para Afiliados: **1-855-852-7005** (TTY: 1-800-648-6056 o 711) para informarles a quién verá para su planificación familiar.

Las citas para servicios médicos y asesoría están disponibles lo antes posible, en un plazo máximo de 30 días. Si no es posible recibir servicios médicos completos para afiliados que tienen menos de 18 años con poca anticipación, la cita para asesoría y médica se proporcionará cuanto antes, preferentemente en un plazo de 10 días. Los servicios de planificación familiar también los proporcionan asociados de salud de planificación familiar calificados (por ejemplo, Planned Parenthood), que pueden no formar parte de la red de asociados de salud de Humana– CareSource. Los servicios de planificación familiar y cualquier servicio de seguimiento son confidenciales para usted, incluidos los afiliados que tengan menos de 18 años.

Antes de quedar embarazada

Nunca es demasiado pronto para prepararse para un embarazo sano. Si está pensando tener un bebé, puede hacer algunas cosas ahora para estar lo más sana posible antes de quedar embarazada para reducir posibles problemas durante el embarazo:

- Programe una cita para ver a su médico y hacerse un examen físico.
- Converse con su médico sobre qué constituye una dieta saludable.
- Hable con su médico acerca de los medicamentos que toma actualmente.
- Tome ácido fólico todos los días.
- No consuma alcohol, no fume ni use drogas ilegales.

Si está embarazada, haga una cita con un obstetra (OB). Puede encontrar un obstetra en el Directorio de proveedores. Si necesita ayuda, llame al departamento de Servicios para Afiliados. **1-855-852-7005** (TTY: 1-800-648-6056 o 711). Asegúrese de programar una cita en cuanto sepa que está embarazada.

Después de que nazca el bebé

Llame al Departamento de Servicios Basados en la Comunidad (Department for Community Based Services, DCBS) para informarles que tuvo un bebé. Puede comunicarse con el DCBS al 1-855-306-8959. Si recibe el ingreso de la Seguridad social, deberá presentar una solicitud ante el DCBS para asegurarse de que su bebé reciba los beneficios.

También es importante tener un control posparto con su obstetra (OB). El obstetra se asegurará de que su cuerpo esté sanando y recuperándose del parto. Llame a su obstetra para programar una cita para 4 a 6 semanas después de que nazca su bebé. Si su hijo nació por cesárea o tuvo problemas durante el parto, haga su cita la primera o segunda semana después de que nazca su bebé.



MEDICAMENTOS CON RECETA

Humana – CareSource cubre todos los medicamentos clínicamente necesarios que tienen cobertura de Medicaid. Usamos una lista de medicamentos preferidos (Preferred drug list, PDL). Estos son los medicamentos que preferimos que su proveedor le recete. Para obtener más información sobre cómo usar nuestro programa de manejo de medicamentos, busque en la sección del resumen de la lista de medicamentos preferidos en nuestro sitio web. Si no tiene acceso a Internet, llame a Servicios para Afiliados y ellos podrán ayudarlo.

Por lo general, nuestra lista de medicamentos preferidos (formulario) incluye más de un medicamento para el tratamiento de una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se llaman medicamentos “alternativos”. Muchos medicamentos alternativos pueden ser tan eficaces como otros medicamentos y no ocasionan mayores efectos secundarios u otros problemas de salud. Es posible que los afiliados deban probar un medicamento antes de tomar otro.

Un afiliado debe probar un medicamento en la lista de medicamentos (el formulario) antes de que Humana – CareSource apruebe un medicamento que no se encuentra en la lista de medicamentos (el formulario). Algunos medicamentos se cubren únicamente si se usa la Terapia escalonada. Una farmacia proveerá un medicamento genérico si está disponible en lugar de un medicamento de marca. Esto se llama sustitución por medicamento genérico.

Los afiliados pueden esperar que el genérico produzca el mismo efecto y tenga el mismo perfil de seguridad que el medicamento de marca. Si se solicita un producto de marca cuando hay un genérico equivalente disponible, su proveedor deberá enviar una solicitud de autorización previa.

A veces, un afiliado puede tener alergia o intolerancia a un medicamento, o un medicamento puede no ser eficaz y se solicita un agente que no se encuentra en la lista de medicamentos (el formulario). El proveedor deberá enviar una solicitud de autorización previa. Esto se denomina Intercambio terapéutico. También puede suceder que le solicitemos a su proveedor que nos informe (una solicitud de autorización previa) el motivo por el cual es necesario un medicamento específico o una determinada cantidad de este. Debemos autorizar esta solicitud antes de que reciba el medicamento.

- Motivos por los que podemos necesitar autorización previa para ciertos medicamentos: Utilización de un genérico u otro medicamento alternativo.
- Posible uso indebido del medicamento.
- Existen otros medicamentos que se deben probar primero. Algunos medicamentos también pueden tener límites de cantidad sobre cuánto se le puede administrar a un afiliado de una vez.
- Algunos medicamentos nunca tienen cobertura, como los medicamentos para la pérdida de peso.

Si no aprobamos una solicitud para un medicamento, le informaremos cómo puede apelar nuestra decisión. También le informaremos de su derecho a una audiencia estatal imparcial. Puede llamarnos al: **1-855-852-7005** (TTY: 1-800-648-6056 o 711) para preguntar o recibir una copia de nuestra PDL, nuestros listados de PDL actualizados y medicamentos que requieren autorización previa. También puede ingresar a [CareSource.com/ky/plans/medicaid/benefits-services/pharmacy/preferred-drug-list/](https://www.caresource.com/ky/plans/medicaid/benefits-services/pharmacy/preferred-drug-list/) en nuestro sitio web en **CareSource.com/KY** para buscar la lista de medicamentos preferidos.

Nuestra PDL y la lista de medicamentos que requieren autorización previa pueden cambiar. Usted o su proveedor deben revisar esta información cuando usted necesite surtir o volver a surtir un medicamento. Humana – CareSource tiene un proceso de excepción que permite que un afiliado o apoderado de un afiliado soliciten una excepción. Los motivos para las excepciones pueden incluir intolerancia o alergias a los medicamentos o una respuesta inadecuada o inapropiada a los medicamentos enumerados en la PDL. El afiliado o el apoderado del afiliado deben iniciar la solicitud llamando a Servicios para Afiliados. Humana – CareSource luego se comunica con el proveedor para obtener la documentación apropiada.

Farmacias de especialidad

Algunos medicamentos son para enfermedades que necesitan atención especial. También es posible que se deban manejar de manera diferente a los medicamentos que usted obtiene en su farmacia local. Dichos medicamentos se denominan medicamentos de especialidad y es posible que necesiten ser suministrados por un médico o enfermera.

La mayoría de estos medicamentos necesita una solicitud de autorización previa de parte de su médico. En el consultorio de su médico lo ayudarán con dicha solicitud. Si se aprueba, trabajaremos con su médico y con la farmacia de especialidad para conseguirle los medicamentos que necesita.

Para obtener más información con respecto a farmacias de especialidad, llámenos al: **1-855-852-7005** (TTY: 1-800-648-6056 o 711).

Gestión de terapia de medicamentos

En Humana – CareSource, entendemos el impacto que el uso de la medicación adecuada puede tener en su salud. Es por eso que tenemos un programa de Gestión de terapia de medicamentos (Medication Therapy Management, MTM) para nuestros afiliados. Este programa está ideado para ayudarlo a conocer sus medicamentos, prevenir o tratar problemas relacionados con la medicación, reducir costos y adherir a su plan de tratamiento.

Este programa está disponible a través de muchos farmacéuticos locales. En muchos casos, un farmacéutico se acercará a usted para preguntarle si está interesado en aprender más acerca de sus medicamentos. Se lo preguntan porque

quieren ayudarlo. El farmacéutico puede pedirle programar un momento con usted para repasar todos los medicamentos, lo que incluye cualquier píldora, crema, gota para los ojos, artículos a base de hierbas o de venta libre.

A través del programa, su farmacéutico local puede obtener alertas e información acerca de sus medicamentos y decidir si es posible que necesite atención adicional. Le ofrecen maneras de ayudarlo con sus medicamentos y cómo tomarlos de la forma correcta. También trabajarán con su médico y otros profesionales de la salud para satisfacer sus necesidades y mejorar la forma en que usa sus medicamentos.

Este servicio y la ayuda e información del farmacéutico forman parte de ser un afiliado a Humana – CareSource y están disponibles sin costo alguno para usted.

Beneficios de la MTM:

- Mejora el uso seguro de los medicamentos.
- Mejora la coordinación con todos sus médicos y quienes le brindan cuidados.
- Mejora el conocimiento de sus medicamentos y cómo usarlos correctamente.
- Mejora la salud en general.

Puede llamar a Servicios para Afiliados al: **1-855-852-7005** (TTY: 1-800-648-6056 o 711) para solicitar información sobre nuestra lista de medicamentos cubiertos y los que requieren autorización previa.



SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL

La salud conductual es parte importante de su bienestar general. Nuestro objetivo es ayudarlo a atender todas sus necesidades de salud. Queremos asegurarnos de que reciba la atención adecuada que lo ayudará a mantenerse sano.

Tiene muchos servicios de salud conductual disponibles para usted. Incluyen:

- Servicios ambulatorios, como asesoría para individuos, grupos y familias.
- Apoyo de pares.
- Ayuda con los medicamentos.
- Detección y evaluación del consumo de drogas y alcohol.
- Servicios por consumo de sustancias para todas las edades, incluidos servicios residenciales.
- Programas terapéuticos de rehabilitación (Therapeutic Rehabilitation Programs, TRP).
- Tratamiento diurno para niños menores de 21 años.
- Evaluación psicológica.
- Intervención en crisis.
- Otros servicios de apoyo comunitario para ayudarlo a sentirse mejor.

Está bien pedir ayuda. Puede utilizar la atención médica conductual para obtener ayuda con toda clase de problemas. Estos incluyen estrés, traumas, preocupaciones o tristeza.

A veces puede suceder que sencillamente necesite alguien con quien hablar. Podemos ayudarlo a averiguar qué tipo de atención necesita y a contactarse con un proveedor experimentado.

Llámenos al **1-877-380-9729**. Estamos aquí para ayudarlo. Un miembro del personal puede ayudarlo a encontrar un proveedor o a programar una visita. Los servicios de intervención en crisis están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, siguiendo las indicaciones de la línea de Crisis de Salud Conductual.

También podemos ofrecer servicios de Administración de la atención a los afiliados que tienen necesidades médicas y/o de salud conductual. Trabajaremos con usted para asegurarnos de que reciba la mejor atención posible. Podemos ayudar a garantizar que todos sus proveedores de atención médica trabajen juntos para que usted se sienta bien. Podemos:

- Brindarle información acerca de sus necesidades de atención médica.
- Ayudarlo a buscar proveedores que sepan cómo asistirle con sus necesidades específicas.
- Ayudarlo a solucionar los problemas que le impiden obtener la atención que necesita.

Llámenos si tiene dudas o si cree que necesita estos servicios. Puede comunicarse con Servicios de apoyo para la administración de la atención, llamando al **1-866-206-0272**.

SERVICIOS DE GESTIÓN DE LA ATENCIÓN Y DE EXTENSIÓN

Ofrecemos Servicios de administración de la atención a todos los afiliados que puedan beneficiarse con dicho servicio. Los afiliados también se pueden autoderivar. Los niños y adultos que tengan necesidades de atención médica especiales con frecuencia se pueden beneficiar de la administración de la atención. Contamos con enfermeros diplomados, trabajadores sociales y otros trabajadores comunitarios. Ellos pueden trabajar con usted de forma individualizada para ayudarlo a coordinar sus necesidades de atención médica. Esto puede incluir ayudarlo a localizar los recursos comunitarios que necesita. Ellos pueden ponerse en contacto con usted si:

- Su médico nos pide que lo llamemos.
- Usted nos pide que lo llamemos.
- Nuestro personal considera que sus servicios podrían ayudarlo a usted o a su familia.

Es probable que le hagamos preguntas para obtener más información sobre su estado de salud. Asimismo, nuestro personal le dará información útil para entender cómo cuidar de sí mismo y cómo obtener servicios.

También pueden ayudarlo a localizar recursos locales.

Hablaremos con su PCP y con otros proveedores para asegurarnos de que su atención esté coordinada. Además, es posible que tenga otras afecciones médicas con las que nuestros administradores de atención pueden ayudarlo.

También podemos trabajar con usted para ayudarlo a decidir cuándo necesita atención médica de su PCP, en un centro de atención de urgencias o en una sala de emergencias.

Por favor, llámenos si tiene dudas o si cree que necesita estos servicios.

Con gusto lo ayudaremos. Puede contactarse con Servicios de apoyo para la administración de la atención al 1-866-206-0272.

Manejo de enfermedades

Ofrecemos programas para el manejo de enfermedades sin costo. Podemos ayudarlo a aprender acerca de su salud y cómo puede ocuparse mejor de sus condiciones de salud. Tenemos programas para:

- Asma.
- Diabetes.
- Hipertensión.

Podemos:

- Ayudarlo a entender la importancia de controlar la enfermedad.
- Darle consejos para cuidarse bien.
- Alentar opciones de estilo de vida saludable.

Los afiliados con estas afecciones quedan automáticamente inscritos en el programa para el manejo de las enfermedades. Si no desea participar en este programa, llame al **1-844-768-2010**.

Programa libre de tabaco

Si fuma, Humana – CareSource puede ayudarlo a dejar de fumar. Dejar el tabaco es una de las cosas más importantes que puede hacer para mejorar su salud y la salud de sus seres queridos. ¡Pero no tiene que hacerlo solo! Le proporcionaremos orientadores. Su orientador lo apoyará en su compromiso de dejar de fumar. Su orientador lo escuchará. También lo ayudará a entender sus hábitos y trabajará junto con usted para tomar medidas. También existen medicamentos que su médico le puede recomendar. Para comunicarse con un asesor que puede ayudarlo a dejar de fumar, llame al **1-844-724-3957**. Si está embarazada, llame al **1-844-768-2010** para obtener ayuda para dejar de fumar.

Transiciones en la atención

Le ofrecemos un programa que lo ayuda cuando está en condiciones de marcharse del hospital.

Podemos:

- Responder cualquier pregunta que pueda tener acerca de la salida del hospital.
- Responder las preguntas relacionadas con los medicamentos que su médico le recete.
- Ayudarlo a coordinar todas sus visitas al médico.
- Ayudar a organizar el apoyo para cuando regrese a su hogar

Si usted o un familiar necesitan ayuda cuando dejan el hospital, o si necesita ayuda con la transición de regreso al hogar desde otros lugares donde recibió tratamiento, llámenos. Puede comunicarse con un integrante del equipo de Transición de la atención al 1-866-870-9849.

QUEJAS Y APELACIONES

Esperamos se sienta satisfecho con Humana – CareSource y los servicios que brindamos. Infórmenos si no está conforme con algo. Deseamos que se ponga en contacto con nosotros para poder ayudarlo.

Las quejas y las apelaciones no son la misma cosa. En cualquier momento durante el proceso de quejas y apelaciones, puede solicitar copias de los documentos relativos a su caso, sin costo, llamando a Servicios para Afiliados.

Quejas (Reclamos)

Si no está conforme con Humana – CareSource o con alguno de nuestros proveedores, eso es una queja. Usted, o la persona que haya elegido para representarlo, deben llamarnos. Puede presentar una queja verbalmente o por escrito. Si alguna vez desea obtener información sobre el proceso de presentación de quejas, consúltenos. Llame a Servicios para Afiliados: **1-855-852-7005** (TTY: 1-800-648-6056 o 711). De ser necesario, podemos ayudarlo a presentar una queja. También puede pedir ayuda a otras personas. Estas pueden ser:

- Una persona que usted elija para que actúe en su nombre, con su consentimiento por escrito.
- Su tutor legal.
- Un proveedor que usted elija para que actúe en su nombre, con su consentimiento por escrito.
- Los intérpretes que le proporcionaremos en caso de ser necesario.

Puede informarnos acerca de su queja:

- Llamando a Servicios para Afiliados al **1-855-852-7005** (TTY: 1-800-648-6056 o 711)
- Completando el formulario al final de este manual.
- Escribiéndonos una carta.
 - Asegúrese de incluir en la carta su nombre y apellido, el número de afiliado que figura en el frente de su tarjeta de identificación de Humana – CareSource y su dirección y número de teléfono. Esto nos permitirá contactarlo, en caso de ser necesario. También deberá enviar cualquier tipo de información que ayude a explicar su problema.
- Enviando su queja por fax al 1-855-262-9794.
- Envíe el formulario o la carta a la siguiente dirección:
Humana – CareSource
Grievance and Appeals Department
P.O. Box 1947
Dayton, OH 45401-1947

Le enviaremos una carta en un plazo de cinco (5) días hábiles a partir del día en que recibimos su queja para informarle que la recibimos. Luego la revisaremos y le enviaremos una carta dentro de un plazo de 30 días calendario para informarle nuestra decisión. No se tomarán medidas negativas contra:

- Un afiliado que presente una queja.
- Un proveedor que respalde la queja de un afiliado o que presente una queja en nombre de un afiliado con el correspondiente consentimiento por escrito.

Apelaciones

Si no está conforme con una decisión o acción que tomamos, usted o un representante autorizado puede presentar una apelación. Debe presentar su apelación dentro de un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha de recepción de nuestra respuesta, es decir el “Aviso de acción”. Puede presentar su apelación por teléfono o por escrito. Si presenta la apelación por teléfono, a continuación debe presentar una apelación por escrito y firmada dentro de los diez (10) días calendarios a partir de la solicitud telefónica.

De ser necesario, podemos ayudarlo a presentar una queja. También puede pedir ayuda a otras personas. Estas pueden ser:

- Una persona que usted elija para que actúe en su nombre, con su consentimiento por escrito.
- Su tutor legal.
- Un proveedor que usted elija para que actúe en su nombre, con su consentimiento por escrito.
- Los intérpretes que le proporcionaremos en caso de ser necesario.

Puede presentar una apelación:

- Llamando a Servicios para Afiliados: **1-855-852-7005** o (TTY: 1-800-648-6056 o 711)
 - Comenzaremos a trabajar en su apelación, sin embargo necesitaremos que envíe la solicitud por escrito dentro de los diez (10) días calendario a partir de la llamada telefónica para llevar a cabo la revisión de la apelación.
- Completando el formulario al final de este manual y enviándolo a la dirección que figura a continuación
- Escribiéndonos una carta.
 - Asegúrese de incluir en la carta su nombre y apellido, el número de afiliado que figura en el frente de su tarjeta de identificación de Humana – CareSource y su dirección y número de teléfono. Esto nos permitirá contactarlo, en caso de ser necesario. También deberá enviar cualquier tipo de información que ayude a explicar su apelación.
- Enviando su apelación por fax al 1-855-262-9794.

- Envíe el formulario o la carta a la siguiente dirección:

Humana – CareSource
Grievance and Appeals Department
P.O. Box 1947
Dayton, OH 45401-1947

Le enviaremos una carta en un plazo de cinco (5) días hábiles a partir del día en que recibimos su solicitud de apelación para informarle que la recibimos. Si presentó la solicitud de apelación por teléfono, la carta que reciba incluirá un Formulario de consentimiento para que usted lo firme y nos lo devuelva. Este tendrá la misma validez que la solicitud por escrito. Es muy importante que firme y devuelva el formulario de inmediato. Humana – CareSource debe recibirlo dentro de diez (10) días calendario desde la fecha de su llamada telefónica.

Si prorrogamos el marco de tiempo para la apelación o apelación expedita (lo solicitamos nosotros, no usted) haremos los esfuerzos razonables para informarle verbalmente y con rapidez sobre la demora; notificarle por escrito, dentro de los dos (2) días calendario, de la razón por la cual tomamos la decisión de prorrogar el marco de tiempo. También le informaremos su derecho a presentar una queja si no está de acuerdo con esa decisión. Luego de llevar a cabo la revisión de su apelación, le enviaremos una carta dentro de un plazo de 30 días calendario para informarle nuestra decisión. Usted o la persona que usted elija para que actúe en su nombre podrán:

- Revisar toda la información que hayamos usado para tomar la decisión.
- Proporcionar más información durante el proceso de revisión de la apelación.
- Examinar el expediente del caso del afiliado antes y durante el proceso de apelaciones.
 - Esto incluye los registros médicos o clínicos, otros documentos y expedientes y cualquier evidencia adicional nueva que consideremos, en la que nos basemos o que generemos o, bajo instrucciones del contratista, relacionada con la apelación.
 - Esta información se proporcionará a pedido, sin cargo y con suficiente anticipación al plazo de resolución.

Si considera que esperar el plazo de 30 días para resolver la apelación puede causar un daño grave a su salud, puede solicitar que aceleremos el proceso de apelación. Para que el proceso de su apelación se pueda agilizar, se deben cumplir estos criterios:

- Podría poner en grave peligro la vida o la salud de un afiliado o la habilidad para mantener, recuperar o mantener la función máxima.

Las resoluciones sobre las apelaciones expeditas se toman en un plazo de 72 horas, o tan pronto como sea necesario, dependiendo de su estado de salud.

No se tomarán medidas negativas contra:

- Un afiliado o proveedor que presenten una apelación.
- Un proveedor que respalde la apelación de un afiliado o que presente una apelación en nombre de un afiliado con el correspondiente consentimiento por escrito.

Audiencias estatales imparciales

Usted también tiene derecho a solicitar una audiencia estatal imparcial del Departamento de Servicios de Medicaid después de que haya completado el proceso de apelaciones de Humana – CareSource. Puede hacerlo por escrito, por correo postal o por fax. Para solicitar una audiencia, deberá hacerlo en un plazo de 120 días a partir de la fecha de nuestra carta de decisión de la apelación.

Llame al: 1-800-635-2570 (TTY: 1-800-627-4702 o 711)

Escriba a: Kentucky Department for Medicaid Services
Division of Program Quality and Outcomes
275 E. Main Street, 6C-C
Frankfort, KY 40621

Fax: 502-564-0223

Puede pedirle a cualquier persona (a un familiar, su ministro, un amigo o un abogado) que lo ayude con una audiencia estatal imparcial.

Si solicita una audiencia estatal imparcial y desea que sus beneficios de Humana – CareSource continúen, debe presentar una solicitud ante nosotros (Humana – CareSource) en un plazo de 10 días a partir de la fecha en que reciba nuestra decisión.

Si tiene un cuadro de salud que presenta una urgencia, asegúrese de solicitar una audiencia expedita. Si en la audiencia se determina que nuestra decisión fue correcta, usted tendrá que pagar el costo de la continuidad de los beneficios relacionados con la audiencia estatal imparcial.

Ombudsman

Usted también puede contactar al Programa de Defensa de los Usuarios de Servicios Públicos de Kentucky (Kentucky’s Ombudsman Program). Ayuda a las personas que usan servicios públicos a recibir un trato equitativo. El programa puede ayudar a responder preguntas y contribuir con la resolución de los conflictos.

Para recibir ayuda o para obtener más detalles, comuníquese con:

La Oficina del Ombudsman
Cabinet for Health and Family Services
275 East Main Street, 1E-B
Frankfort, KY 40621-0001
1-800-372-2973 (TTY: 1-800-627-4702)

FRAUDE, MALVERSACIÓN Y ABUSO

Disponemos de un programa exhaustivo para prevenir el fraude, la malversación y el abuso en nuestro Departamento de Investigaciones Especiales (Special Investigations Department). Está diseñado para manejar los casos de fraude en la atención administrada. Ayúdenos denunciando las situaciones cuestionables.

El fraude puede ser perpetrado por los proveedores, las farmacias o los afiliados. Monitoreamos y tomamos acciones contra cualquier proveedor, farmacia o afiliado que cometa fraude, malversación y abuso. Algunos ejemplos de fraude, malversación y abuso por parte de un proveedor incluyen a los médicos u otros proveedores de servicios médicos que:

- Recetan medicamentos, equipo o servicios que no son médicamente necesarios.
- No cumplen en proporcionarles a los pacientes los servicios que son médicamente necesarios debido a tarifas de reembolso bajas.
- Facturan por pruebas o servicios que no fueron proporcionados
- Usan códigos médicos erróneos deliberadamente para obtener más dinero
- Programan visitas con una frecuencia mayor que la que es médicamente necesaria.
- Facturan servicios más costosos que los proporcionados.
- Evitan que los afiliados reciban los servicios cubiertos, lo que ocasiona la subutilización de los servicios ofrecidos.

Algunos ejemplos de fraude, malversación y abuso por parte de las farmacias incluyen:

- No despachar los medicamentos según las indicaciones de la receta.
- Enviar reclamos por un medicamento de marca más caro cuando en realidad usted recibió un genérico que cuesta menos.
- Despachar cantidades menores a las recetadas y luego no informar al afiliado para que obtenga el resto del medicamento.

Algunos ejemplos de fraude, malversación y abuso realizados por afiliados incluyen:

- Usar servicios de forma inadecuada, como vender narcóticos de venta con receta o tratar de obtener sustancias controladas con más de un proveedor o farmacia.
- Alterar o falsificar recetas.
- Usar analgésicos que no necesita.
- Compartir su tarjeta de ID con otra persona.
- No informar que cuenta con la cobertura de otro seguro.
- Obtener equipo y suministros innecesarios.
- Recibir servicios o recoger medicamentos recetados usando la identificación de otra persona (robo de identidad).
- Indicar síntomas falsos y otra información a los proveedores para obtener tratamiento, medicamentos, etc.

- Realizar demasiadas visitas a la sala de emergencias (ER) por problemas que no son emergencias.
- Mentir respecto de la elegibilidad para Medicaid.

Los afiliados que se compruebe que abusaron o hicieron un uso indebido de los beneficios cubiertos podrán:

- Ser convocados para pagar cualquier importe que desembolsamos por servicios que se determinaron como de uso indebido de los beneficios.
- Enfrentar cargos por un delito e ir a prisión.
- Perder sus beneficios de Medicaid.
- Quedar restringidos a un PCP, un proveedor de sustancias controladas, una farmacia y/o un hospital para obtener servicios que no son de emergencia.
 - Consulte el Programa de Restricción de Proveedores de Kentucky (KLIP) (en la página 50 para conocer más detalles).

Si sospecha de fraude, malversación o abuso

Si cree que un médico, farmacia o afiliado está cometiendo fraude, malversación o abuso, debe informarnos. Denúncielo de una de las siguientes maneras:

- Llame al **1-855-852-7005** (TTY: 1-800-648-6056 o 711)
 - Seleccione la opción del menú para denunciar un fraude.
- Complete el Formulario de denuncia de fraude, malversación y abuso.
 - Puede escribir una carta y enviárnosla por correo postal.
 - Puede ingresar a nuestro sitio web, **CareSource.com/KY**, y completar el formulario.
- Envíelo a:

Humana – CareSource
Attn: Special Investigations Unit
P.O. Box 1940 Dayton, OH 45401-1940

No es necesario que se identifique cuando escriba o nos llame. Existen otras formas en que puede ponerse en contacto con nosotros que no son anónimas. Si no le preocupa darnos su nombre, también puede usar uno de los siguientes medios para contactarnos:

- Enviar un correo electrónico* a fraud@caresource.com
- Enviar un fax al 1-800-418-0248

Cuando denuncie un caso de fraude, malversación o abuso, bríndenos tantos detalles como sea posible. Incluya nombres y números de teléfono. Usted puede permanecer en el anonimato. Si lo hace, no podremos regresarle la llamada para darle más información. Su denuncia se mantendrá confidencial en la medida en que lo permita la ley.

*La mayoría de los sistemas de correo electrónico no está protegida de terceros. Esto significa que las personas pueden acceder a su correo electrónico sin que usted lo sepa o lo autorice. No use el correo electrónico para enviarnos información que considere confidencial. Como su número de ID de afiliado, el número del seguro

social o la información médica. En lugar de eso, use el formulario o el número de teléfono que figuran arriba. Esto puede ayudar a proteger su privacidad.

PROGRAMA DE RESTRICCIÓN DE PROVEEDORES DE KENTUCKY (KLIP)

Humana – CareSource hace un seguimiento respecto de con qué frecuencia se surten algunos medicamentos, si estos medicamentos se surtieron en distintas farmacias y a cuántos médicos visitó el afiliado. En algunos casos, podemos limitar a un afiliado a surtir sus medicamentos en una sola farmacia y de un solo médico. También podemos limitar qué médico puede recetar medicamentos de los que se puede abusar. Por último, si acude a varias salas de emergencia, se lo podrá limitar a un hospital. Tomamos estos pasos para brindarle la cantidad adecuada de atención, en el momento que corresponda y en el lugar apropiado. Para obtener más detalles, visite [CareSource.com/ky/providers/education/patient-care/pharmacy/lock-in-program/medicaid/](https://www.caresource.com/ky/providers/education/patient-care/pharmacy/lock-in-program/medicaid/).

ATENCIÓN MÉDICA DE ALTA CALIDAD

Queremos asegurarnos de que la atención médica que reciba sea de calidad. Hacemos esto:

- Supervisando la atención que le brindan sus médicos y otros proveedores de atención médica.
- Determinando y corrigiendo cualquier problema relacionado con la atención médica adecuada.
- Asegurándonos de que cuenta con la atención cuando la necesita.
- Educándolo acerca de su salud.

Hacemos un seguimiento de los servicios que nuestros afiliados reciben por parte de los proveedores de servicios médicos. Analizamos algunos servicios con sus proveedores antes de que usted los reciba.

Esto es para asegurarnos de que sean adecuados y necesarios. Por ejemplo, evaluamos cirugías u hospitalizaciones (a menos que se trate de una emergencia). Esto recibe el nombre de Gestión de uso (Utilization Management, UM). Esto asegura que reciba la cantidad de atención que necesite, cuando la necesite. Nuestro equipo de enfermeros/as y médicos revisa todas las solicitudes de Gestión de uso cuidadosamente. Los médicos pueden decidir si no se puede cubrir un servicio.

Nosotros revisamos con regularidad el trabajo de nuestros evaluadores. Ponemos a prueba a nuestros evaluadores dándole los mismos casos a cada uno. Esto garantiza que tomen las determinaciones correctas. Determinamos si un servicio puede tener cobertura o no en un plazo de dos días laborales. Si la afección médica del afiliado lo requiere, se puede hacer de forma más rápida. Su médico recibe

la determinación y los motivos por escrito. Si no podemos cubrir el servicio, se lo notificamos a usted también por escrito. La carta incluye nuestro número telefónico en el caso de que desee llamarnos para recibir más información.

Si no está satisfecho con nuestra determinación, puede apelar por medio de una llamada telefónica o escribiéndonos. Su caso volverá a ser revisado por un médico diferente perteneciente al área de especialización pertinente. La determinación le será informada por escrito.

Puede comunicarse con nosotros en cualquier momento con respecto a la Gestión de uso o las solicitudes de autorizaciones previas. Solo tiene que llamar a Servicios para Afiliados: **1-855-852-7005** (TTY: 1-800-648-6056 o 711). También puede enviarnos un correo electrónico en cualquier momento a través de nuestro sitio web en **CareSource.com/KY**.

Cualquier decisión a la que se llegue con sus proveedores en relación con la necesidad médica de atención de la salud se basa únicamente en que los servicios o el entorno médico sean los adecuados. No recompensamos a nuestros proveedores ni a nuestro personal por negar la cobertura o los servicios. No ofrecemos incentivos financieros a nuestro personal que afecten sus decisiones. No negamos ni limitamos la cantidad, la duración ni el alcance del servicio solo por el diagnóstico o el tipo de enfermedad o afección. Podemos decidir que un nuevo desarrollo que actualmente no está cubierto por Medicaid sea un beneficio cubierto. Puede tratarse de nuevos/as:

- Servicios de atención médica en el hogar.
- Dispositivos médicos.
- Terapias.
- Opciones de tratamiento.

Un comité de profesionales de atención médica revisa esta información. El comité tomará una decisión de cobertura con base en:

- Las normas actualizadas de Medicaid y Medicare.
- Las directrices externas para la evaluación de la tecnología.
- La aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA).
- Las recomendaciones de las publicaciones médicas.

Puede llamarnos por cualquier otra información que desee obtener. Puede obtener más información acerca de:

- Nuestra estructura y operación.
- La forma en la que pagamos a nuestros proveedores.
- Cómo trabajamos con otros planes de salud en caso de que usted tenga otro seguro.
- Los resultados de las encuestas a nuestros afiliados.
- Cuántos afiliados dejan nuestro plan.
- Beneficios, elegibilidad, reclamos o proveedores participantes.

Por favor llame al Departamento de Servicios para Afiliados para decirnos qué es lo que usted cree que debería cambiar: **1-855-852-7005** (TTY: 1-800-648-6056 o 711).

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

Objetivo del programa

Su atención médica es muy importante para nosotros. El propósito del Programa de mejoramiento de la calidad de Humana – CareSource es garantizar que Humana – CareSource cuente con la infraestructura necesaria para:

- Coordinar la atención médica.
- Impulsar la calidad.
- Asegurar el desempeño y la eficiencia de manera continua.
- Mejorar la calidad y la seguridad de la atención clínica y los servicios que se brinda a los afiliados a Humana – CareSource.

Existen dos principios fundamentales para el programa:

- Nuestra misión, que es nuestro motor, es marcar una diferencia que perdure en las vidas de nuestros afiliados mediante la mejora de su salud y bienestar.
- Nuestra visión es transformar vidas a través de servicios innovadores de salud y para vida.

El triple objetivo de los Institutos para el mejoramiento de la atención médica:

- Mejorar simultáneamente la salud de la población, mejorar la experiencia y los resultados del paciente y el costo per cápita de la atención para el beneficio de las comunidades.

El Programa de mejoramiento de la calidad de Humana – CareSource incluye servicios clínicos y no clínicos y se evalúa según sea necesario para continuar respondiendo a las necesidades de los afiliados, comentarios de los proveedores, los estándares de atención y las necesidades comerciales. Las metas y objetivos del programa son:

- Cumplimiento encomiable con los estándares de acreditación del NCQA.
 - Desempeño de alto nivel respecto al HEDIS.
 - Desempeño de alto nivel respecto al CAHPS.
 - Programa integral de gestión de salud de la población.
 - Programa integral del compromiso del proveedor.

Alcance del programa

El Programa de mejoramiento de la calidad de Humana – CareSource regula la evaluación de la calidad y las actividades de mejora para el programa de Humana – CareSource Medicaid. El alcance incluye:

- Cumplir los requisitos de calidad establecidos por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) según se especifica en el Manual de Atención Administrada de Medicare de los CMS, Capítulo 5: Evaluación de la calidad y la Sección 422.152 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR).

- Establecer prácticas clínicas seguras en la red de proveedores.
- Brindar una supervisión de calidad de todos los servicios clínicos.
- Cumplir con los estándares de acreditación del NCQA.
- Auditar el cumplimiento del HEDIS y medida del desempeño.
- Monitorear y evaluar la satisfacción del afiliado y del proveedor.
- Manejo de las quejas acerca de la calidad del servicio y de la atención.
- Desarrollar la capacidad organizacional del modelo del Instituto de atención médica para el mejoramiento.
- Asegurarse de que el programa de Humana – CareSource atiende eficazmente a los afiliados con necesidades lingüísticas y culturales diversas.
- Asegurarse de que el programa de Humana – CareSource atiende eficazmente a los afiliados con necesidades complejas de salud.
- Evaluar las características y necesidades de la población de afiliados.
- Evaluar la disponibilidad geográfica y accesibilidad de los proveedores de atención principal y los proveedores por especialidad.

El director médico de Humana – CareSource supervisa el programa de calidad y el vicepresidente facilita su implementación, Resultados del mejoramiento de la calidad y de desempeño. Con una frecuencia anual, Humana – CareSource pone a disposición de los proveedores información relacionada con el programa de calidad en el sitio web de Humana – CareSource. Humana – CareSource reúne y usa datos de desempeño del proveedor para mejorar la calidad de los servicios.

Medidas de calidad

Humana – CareSource evalúa y analiza continuamente la calidad de la atención y los servicios ofrecidos a nuestros afiliados. Esto se logra a través de una supervisión objetiva y sistemática, junto con una evaluación para implementar programas con el fin de mejorar los resultados.

Humana – CareSource usa HEDIS® para medir la calidad de la atención que se proporciona a los afiliados. El HEDIS es uno de los métodos de medición de la atención médica más usados en Estados Unidos. HEDIS es desarrollado y mantenido por el Comité Nacional para el Aseguramiento de la Calidad (The National Committee for Quality Assurance, NCQA).

Los planes de salud de Estados Unidos usan la herramienta HEDIS para medir parámetros importantes de atención y servicio y permite hacer comparaciones entre planes de salud en el cumplimiento de medidas estatales y federales de desempeño y puntos de referencia nacionales de HEDIS.

Las mediciones del HEDIS se apoyan en atención basada en la evidencia y abordan las áreas más apremiantes de la atención médica. Las posibles medidas de calidad para Humana – CareSource son:

- Bienestar y prevención.
- Pruebas de detección (cáncer de mama, cáncer de cuello de útero, clamidia).
- Atención del niño sano.
- Manejo de enfermedades crónicas
- Atención integral de la diabetes.
- Control de la hipertensión arterial.
- Salud conductual.
- Seguimiento después de una internación por enfermedad mental.
- Manejo de medicación antidepresiva.
- Seguimiento de medicación recetada a niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (ADHD).
- Seguridad.
- Uso de estudios mediante imágenes para el dolor en la parte baja de la espalda.

Humana – CareSource usa la encuesta anual al afiliado y encuestas del CAHPS® para registrar las perspectivas de los afiliados sobre la calidad de la atención médica. CAHPS es un programa que supervisa la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (Department of Health and Human Services).

Las posibles mediciones del CAHPS para los usos del plan son:

- Servicio al cliente.
- Obtención de atención de manera rápida.
- Obtención de la atención necesaria.
- Qué tan bien se comunican los médicos.
- Calificaciones de toda la atención médica, plan de salud, médico personal, especialista.

Directrices de prevención y pautas de práctica clínica

Humana – CareSource aprueba y adopta normas y directrices aceptadas a nivel nacional y basadas en evidencia, y las promueve entre profesionales y afiliados para ayudar a informar y guiar la atención clínica que se brinda a los afiliados a Humana – CareSource. Las directrices se revisan al menos cada dos años, o con más frecuencia según corresponda y se actualizan según sea necesario.

El uso de estas directrices le permite a Humana – CareSource medir el impacto de las directrices sobre los resultados de la atención. El Comité de Asesoría Clínica (Clinical Advisory Committee) de CareSource revisa y aprueba las directrices cada dos años o con más frecuencia, si corresponde. Las directrices se presentan luego al Comité Nacional para el Aseguramiento de la Calidad de Humana – CareSource. Los temas para las directrices se identifican a través de un análisis de los afiliados.

Las directrices pueden incluir, entre otros:

- Salud conductual (por ej., depresión).
- Salud del adulto (por ej., hipertensión, diabetes).
- Salud de la población (por ej., obesidad, dejar de fumar).

La información acerca de directrices de práctica clínica e información de salud se pone a disposición de los afiliados a Humana – CareSource a través de boletines informativos, el sitio web de Humana – CareSource o a pedido. Los lineamientos preventivos y enlaces de salud están disponibles para los afiliados y proveedores a través del sitio web o en formato impreso.

Su salud es importante

Aquí incluimos algunas maneras para mantener o mejorar su salud:

- Establecer una relación con un proveedor de atención médica.
- Asegurarse de que usted y su familia obtengan controles regulares con su proveedor de atención médica.
- Asegurarse de visitar al médico regularmente si tiene una afección crónica (como asma o diabetes). También es necesario que siga el tratamiento que su médico le indicó. Asegurarse de tomar los medicamentos que su médico le indicó que tomara.

Recuerde que la línea de asesoría en enfermería las 24 horas está disponible para ayudarlo. Puede llamar al número que figura en su tarjeta de identificación las 24 horas del día, los 7 días de la semana, todos los días del año.

CareSource tiene programas que pueden ayudarlo a mantener o mejorar su salud. Llámenos para obtener más información acerca de estos programas: **1-855-852-7005** (TTY: 1-800-648-6056 o 711).

CAHPS® es una marca registrada de la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (AHRQ).

HEDIS® es una marca registrada del Comité Nacional para el Aseguramiento de la Calidad (NCQA).

SUS DERECHOS

Como afiliado a Humana – CareSource, cuenta con los siguientes derechos:

- Recibir todos los servicios que el plan debe proporcionar y recibirlos de manera oportuna.
- Tener acceso oportuno a la atención sin barreras de comunicación o físicas que le impidan el acceso.
- Tener una oportunidad razonable de escoger al proveedor que le brinde atención siempre que sea posible y adecuado.
- Elegir un PCP y cambiarlo por otro dentro de la red de Humana – CareSource. Nosotros le enviaremos un documento por escrito en el que se le informará quién es su nuevo PCP cuando haga el cambio.
- Obtener una segunda opinión de un proveedor calificado perteneciente o no a nuestra red. Si un proveedor calificado no puede atenderlo, nosotros deberemos coordinarle una visita con un proveedor que no forme parte de nuestra red.
- Tener acceso oportuno y recibir derivaciones para una atención especializada por indicación médica.
- Estar protegido de la responsabilidad de pago.
- Recibir información acerca de su salud. Esta información también puede estar a disposición de una persona que usted haya designado legalmente para conservar dicha información o con la que haya que contactarse en el caso de una emergencia, cuando se considere que brindársela a usted no es lo mejor para su salud.
- Hacer preguntas y obtener información completa acerca de su salud y opciones de tratamiento de una manera que usted pueda seguirlas. Esto incluye la atención especializada.
- Analizar de manera clara todas las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias para su afección, sin importar el costo o la cobertura de sus beneficios.
- Participar en decisiones acerca de su atención médica a menos que no sea lo mejor para usted.
- Aceptar o rechazar un tratamiento o terapia. Si se niega, su médico o Humana – CareSource deben explicarle lo que podría pasar. Se agregará una nota a su registro médico al respecto.
- Recibir un trato respetuoso, digno, privado, confidencial, accesible y libre de discriminación.
- Tener acceso a servicios adecuados y a no ser discriminado por su estado de salud, religión, edad, sexo o por otros motivos.
- Tener la seguridad de que otras personas no lo escuchen ni le vean cuando esté recibiendo atención médica.

- No sufrir ningún tipo de restricción ni de reclusión como medida de fuerza, disciplina o represalia, según lo establecen las leyes federales.
- Recibir información de conformidad con la Sección 438.10 del Título 42 del CFR.
- Recibir servicios de atención médica de conformidad con las secciones 438.206 hasta 438.210 del Título 42 del CFR.
- Cualquier miembro de una tribu indígena afiliado a Humana – CareSource elegible para recibir servicios de un proveedor I/T/U participante o un proveedor de atención primaria I/T/U deberá obtener autorización para recibir servicios de ese proveedor si este forma parte la red de Humana – CareSource I/T/U significa Servicio de salud indígena (Indian Health Service), Centro/Programa operado por tribus (Tribally Operated Facility/Program) y Clínica indígena urbana (Urban Indian Clinic).
- Recibir ayuda con sus registros médicos de acuerdo con las leyes federales y estatales vigentes.
- Tener garantía de que sus registros médicos se mantendrán en privado.
- Solicitar y obtener una copia gratuita de sus registros médicos y poder solicitar que sus registros de salud sean modificados o corregidos, en caso de ser necesario. Los afiliados pueden solicitar más copias con un costo.
- Acceder o negarse a que se divulgue información sobre usted, a menos que Humana – CareSource tenga la obligación de hacerlo por ley.
- Poder recibir toda la información impresa para afiliados:
 - Sin costo para usted.
 - En los idiomas distintos al inglés más utilizados por los afiliados dentro de nuestra área de servicio.
 - De otras formas, para contribuir con las necesidades especiales de aquellos afiliados que puedan tener dificultad para leer la información por alguna razón.
- Recibir nuestra ayuda y la de nuestros proveedores si no habla inglés o si necesita ayuda para comprender la información. Puede recibir la ayuda sin costo.
- Recibir ayuda a través del lenguaje de señas si tiene deficiencias auditivas.
- Ser informado si el proveedor de servicios médicos es un estudiante y poder negarse a recibir atención de esa persona.
- Ser informado de cualquier atención de tipo experimental y poder negarse a ser parte de esta.
- Saber que Humana – CareSource debe obedecer todas las leyes federales, estatales y otras leyes en vigencia relacionadas con la privacidad.
- Poder visitar a un proveedor de atención médica para mujeres perteneciente a nuestra red para obtener servicios de salud femenina cubiertos, si usted es mujer.
- Presentar una queja (reclamo) o apelación, o solicitar una audiencia estatal imparcial. También puede obtener ayuda para presentar una apelación o

queja. Puede solicitar una audiencia estatal imparcial de parte de Humana – CareSource y/o del Departamento de Servicios de Medicaid (DMS). Elaborar directivas anticipadas, como un testamento vital (consulte la página 68).

- Comunicarse a la Oficina de Derechos Civiles (Office of Civil Rights), a la dirección que figura a continuación, para presentar cualquier queja de discriminación por motivos de raza, color, religión, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, nacionalidad, condición de veterano, ascendencia, estado de salud o necesidad de servicios de salud.
 - Office for Civil Rights
Sam Nunn Atlanta Federal Center, Suite 16T70 61 Forsyth Street, S.W.
Atlanta, GA 30303-8909
 - 1-800-368-1019 o TTY: 1-800-537-7697
 - Fax: 1-404-562-7881
- Tiene derecho a recibir ayuda a través del lenguaje de señas si tiene deficiencias auditivas.
- Recibir información sobre Humana – CareSource, nuestros servicios, nuestros profesionales y proveedores y sus derechos y responsabilidades como afiliado.
- Hacer sugerencias acerca de nuestra política de derechos y responsabilidades de los afiliados.
- Si en Humana – CareSource no podemos proporcionar un servicio necesario y cubierto dentro de nuestra red, cubriremos dicho servicio fuera de ella. Lo haremos por el lapso que no podamos proporcionar el servicio dentro de la red. Si obtiene la aprobación para recibir un servicio fuera de la red, este es su derecho como afiliado. Sin ningún costo para usted.
- Tener la libertad de ejercer sus derechos y saber que ni Humana – CareSource ni nuestros proveedores usarán esto en su contra.

SUS RESPONSABILIDADES

Como afiliado a Humana – CareSource, debe asegurarse de:

- Conocer sus derechos.
- Respetar las políticas y procedimientos de Humana – CareSource y de Medicaid.
- Conocer sus opciones de servicio y tratamiento.
- Participar de manera activa en las decisiones acerca de su salud y su atención personal y llevar un estilo de vida sano.
- Comprender lo más posible acerca de sus problemas de salud.
- Participar en los procesos para alcanzar las metas acordadas por usted y su proveedor de atención médica.

- Informarnos si sospecha de un fraude o abuso respecto de los servicios de salud.
- Informarnos si no está conforme con nosotros o con uno de nuestros proveedores.
- Hacer una solicitud por escrito, en caso de presentar una apelación ante nosotros.
- Usar exclusivamente proveedores aprobados.
- Denunciar cualquier sospecha de fraude, malversación o abuso usando la información proporcionada en este manual.
- Acudir a sus visitas programadas con los médicos. Llegar a tiempo. Si tiene que cancelar, llame con 24 horas de anticipación.
- Seguir las indicaciones e instrucciones de atención acordadas con los médicos y otros proveedores de atención médica.
- Llevar siempre su tarjeta de identificación con usted. Exhíbala al recibir los servicios.
- Nunca permita que otra persona use su tarjeta de identificación.
- Queremos asegurarnos de que siempre podamos contactarlo acerca de su atención. Avisarnos si cambia de nombre, dirección o teléfono, o si ocurre algún cambio en el tamaño de su familia. Infórmenos acerca de nacimientos y fallecimientos en su familia. No queremos perderlo como afiliado, por lo que es muy importante informarnos al respecto.
 - También es una buena idea comunicarle a su Departamento de Servicios Basados en la Comunidad (DCBS) local acerca de cualquier cambio. Para encontrar la oficina del DCBS más cercana, visite la página web en https://prdweb.chfs.ky.gov/Office_Phone/index.aspx.
 - O llame a la línea gratuita del Ombudsman al: 1-800-372-2973 o TTY (para quienes tienen deficiencias auditivas) 1-800-627-4702
- Comunicarse con su PCP después de acudir a un centro de atención de urgencias o luego de recibir atención médica fuera del área de servicio de Humana – CareSource.
- Informar a Humana – CareSource y al DCBS si cuenta con la cobertura de otro seguro de salud.
- Proporcionar la información que Humana – CareSource y sus proveedores de atención médica necesitan para brindarle atención médica.
- Denunciar cualquier sospecha de fraude y abuso (consulte la página 48).
Nosotros le informaremos si hay cambios en los derechos y responsabilidades de nuestros afiliados a través de nuestro sitio web **CareSource.com/KY** o a través de los boletines informativos.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Information Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996 exige un Aviso de prácticas de privacidad. Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y de qué modo usted puede acceder a dicha información. Revíselo detalladamente.

Los afiliados reciben un aviso anualmente en el boletín informativo para afiliados de que el Aviso de prácticas de privacidad está disponible en nuestro sitio web. Se publica en nuestro sitio web en “Member Information” (Información para afiliados). También se informa a los afiliados cómo pueden solicitarnos una copia del aviso. Dicho aviso le informa:

- De qué modo Humana – CareSource y sus asociados comerciales contratados pueden usar y divulgar su información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica y para otros propósitos permitidos o exigidos por la ley.
- Cuáles son SUS derechos respecto del acceso y del control de su información médica de Medicaid.
- De qué modo Humana – CareSource protege su información médica

Nuestro deber de proteger su privacidad

Su información de salud es personal. Humana – CareSource tiene la obligación legal de proteger la privacidad de sus datos. Lo hace en todos los aspectos de sus operaciones. Humana – CareSource tiene políticas respecto de la protección de la privacidad de sus datos. Dichas políticas cumplen con las leyes federales y estatales. Humana – CareSource usa y divulga su información de salud solo cuando lo exige la ley o si es necesario para sus asuntos de negocios.

¿Dónde se deben enviar las preguntas o las solicitudes?

Para enviar preguntas acerca de sus derechos de privacidad o para enviar una solicitud escrita a Humana – CareSource acerca de sus derechos de privacidad, comuníquese con el funcionario de privacidad de Humana – CareSource a:

Humana – CareSource
Attn: Privacy Officer
P.O. Box 221459
Louisville, KY 40252

O puede comunicarse a Humana – CareSource al **1-855-852-7005**.

Si tiene deficiencias auditivas, puede llamar al número de TDD/TTY (1-800-648-6056 o 711).

¿Qué tipo de información tiene Humana – CareSource?

El Departamento de Servicios Basados en la Comunidad (DCBS) o la Administración

del Seguro Social (Social Security Administration, SSA) para el programa de Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplementation Security Income, SSI) le aprobó para recibir Medicaid. El DCBS y la SSA envían su información a Humana – CareSource. Humana – CareSource luego paga a su proveedor por reclamos que ellos envían. La información enviada a Humana – CareSource incluye:

- Su información personal, incluido: el nombre, la dirección, el número de teléfono, la fecha de nacimiento, el número del Seguro social, la información sobre los programas de elegibilidad, el número de Medicaid.
- Información sobre otras pólizas de seguro de salud que usted pudiera tener.
- Sus historiales médicos (cuando es necesario).
- Reclamos de su proveedor por sus servicios. Los reclamos de los proveedores contienen información sobre el tratamiento que se le proporcionó y podrían incluir radiografías y resultados de laboratorio.

Toda esta información se considera información médica protegida (Protected Health Information, PHI).

Responsabilidades de privacidad de Humana – CareSource

Humana – CareSource debe:

- Seguir los términos de este Aviso.
- Apoyar sus derechos de privacidad de conformidad con la ley.
- Darle una copia impresa de este Aviso de privacidad y publicarlo en nuestro sitio web.
- Enviar por correo un nuevo Aviso si nuestras prácticas de privacidad cambian.
- Tratar su información como confidencial al no usar o divulgar su información sin su consentimiento por escrito, excepto para apoyar actividades comerciales normales o bajo determinadas circunstancias que se describen en este Aviso.
- Informarle qué tipo de información recolectamos de usted.
- Divulgar su información de salud sin su autorización en el caso de una emergencia. La divulgación de sus datos debe ser lo mejor para usted.
- Seguir las leyes estatales relacionadas con la divulgación de sus datos en los casos en que la ley estatal proporciona más protección de sus datos que la ley HIPAA.

Cómo Humana – CareSource puede usar o divulgar su información

Humana – CareSource puede usar y divulgar su información sin una Autorización (permiso especial de usted) para nuestras actividades comerciales normales y donde lo exija la ley. Este documento le informa algunas de las maneras en que esto puede ocurrir. ***Todas las maneras en que Humana – CareSource puede usar y divulgar su información sin su permiso expreso corresponderá a uno de los grupos que se describen a continuación.***

Información para propósitos de tratamiento y pago

Humana – CareSource, y los negocios con los que trabajamos, reciben y divulgan su información de salud para:

- La coordinación de su tratamiento con profesionales e instalaciones médicas.
- La facturación y el pago de sus reclamos.
- La revisión de su atención médica y uso de los beneficios.
- La autorización previa de sus servicios solicitados.
- El intercambio de datos para su tratamiento y pago de reclamos involucra comunicaciones entre proveedores de atención médica, Humana – CareSource, sus compañías aseguradoras y otras organizaciones necesarias para recibir, revisar, aprobar, procesar y pagar exitosamente sus reclamos de atención médica.
- Por ejemplo, su médico debe enviar una “factura” a Humana – CareSource que describa el tratamiento que le brindaron. Humana – CareSource luego revisará la “factura” y podrá remitirla a otras organizaciones para el pago.
- Humana – CareSource también puede intercambiar su información con proveedores para autorizar cualquier servicio solicitado o divulgar su información a proveedores para facilitar cualquier tratamiento que usted esté solicitando.

Información para operaciones de atención médica

Humana – CareSource puede usar y divulgar su información de salud para llevar a cabo actividades de seguro relacionadas con nuestra operación.

Las actividades pueden incluir:

- Envío de reclamos a otras compañías aseguradoras.
- Llevar a cabo o hacer arreglos para la revisión médica de determinados problemas médicos que pueda estar experimentando.
- Servicios legales.
- Servicios de auditoría
- Programas de detección de fraude y abuso.
- Planificación de negocios, gestión y administración general.

Gestión de uso y administración de caso

Humana – CareSource puede usar su información médica para aprobar servicios o tratamientos. Podemos divulgar información a otros que deben tomar decisiones acerca de su atención.

Otros usos permitidos de su información médica sin permiso (autorización)

- Salud pública. Podemos divulgar su información a agencias de salud pública para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidad; denunciar abuso o abandono infantil y denunciar violencia doméstica. Humana – CareSource también puede informar sus datos a la Administración de Alimentos

y Medicamentos (FDA) para notificarle de problemas con productos y reacciones a medicamentos.

- Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias. Humana – CareSource puede divulgar su información de salud protegida a médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias si es necesario.
- Donación de órganos y tejidos. Humana – CareSource puede dar su información a grupos involucrados en conseguir, guardar o trasplantar órganos y tejidos. Humana – CareSource solo puede dar esta información cuando usted haya aceptado donaciones de órganos o tejidos.
- Seguridad pública. Humana – CareSource puede dar su información con el fin de prevenir una amenaza grave a la salud o seguridad de una persona particular o del público general.
- Seguridad. Humana – CareSource puede dar su información para propósitos de seguridad militar, nacional y atención médica de reclusos.
- Elegibilidad gubernamental. Humana – CareSource dará su información a entidades gubernamentales involucradas con su elegibilidad para beneficios de atención médica.
- Compensación a los trabajadores. Humana – CareSource puede dar su información según sea necesario para cumplir con la ley de compensación a los trabajadores u otras leyes similares.
- Comercialización. Humana – CareSource puede usar sus datos para comunicarse con usted para darle información relacionada con beneficios de salud y servicios. Un ejemplo serían los avisos sobre las clínicas de bebé sano (Well Baby) o del programa para Mujeres, bebés y niños (Women, Infants and Children, WIC) a realizarse en su área. Sin embargo, Humana – CareSource NO PUEDE dar su información a compañías para fines publicitarios o de peticiones sin su permiso.
- Investigación. Humana – CareSource puede dar su información a personas que no trabajan en Humana – CareSource que llevan a cabo una investigación SOLO si una junta de revisión institucional independiente (institutional review board, IRB) aprueba la divulgación. El grupo de investigación debe comprometerse a proteger la información que reciba.
- Asociados de negocios. Humana – CareSource debe compartir su información con otros asociados comerciales, estatales y federales con los que tiene contrato para realizar sus actividades de negocios normales. Pedimos a estos grupos que protejan su información a través de acuerdos formales.
- Supervisión de salud y control de calidad. Humana – CareSource puede usar y divulgar su información a médicos y enfermeros para ayudar a mejorar su atención. El personal de Humana – CareSource, comités y agencias externas que controlan la calidad de la atención de Medicaid también pueden ver su información.
- Recordatorios de citas. Humana – CareSource puede usar su información de salud para recordarle sus citas médicas. Ejemplos son: recordatorios de

vacunas y controles y recordatorios de pruebas de detección de salud.

- Promoción de la salud y prevención de enfermedades. Humana – CareSource puede usar su información de salud para informarle acerca de prevención de enfermedades y atención de salud.
- Personas involucradas en el pago de su atención. Humana – CareSource puede divulgar su información de salud a un amigo o familiar que esté ayudando con su atención o con el pago de su atención, si es necesario.
- Departamento de servicios de reclamos de afiliados y proveedores. Servicios para Afiliados y Servicios de reclamos de proveedores responderán las llamadas de proveedores y afiliados que involucren su información protegida.
- Apelaciones médicas y administrativas. El DMS en algunas ocasiones puede tomar decisiones acerca de reclamos por servicios que se le proporcionaron. Usted o su proveedor pueden apelar estas decisiones. Su información de salud se puede usar para tomar decisiones de apelaciones.
- Demandas y disputas. Humana – CareSource debe proporcionar su información si existe una orden judicial. Humana – CareSource debe proporcionar su información a funcionarios y abogados de la corte, si está involucrado en una demanda.
- Aplicación de la ley. Humana – CareSource divulgará su información con fines de aplicación de la ley únicamente si la ley estatal o federal lo permite o si una orden de la corte lo exige.

Cuándo Humana – CareSource no puede usar o divulgar su información de salud sin autorización

Por otras razones que no sean las permitidas y descritas arriba, Humana – CareSource no podrá usar o divulgar su información sin su permiso (autorización) por escrito. Si nos autoriza a usar o divulgar su información de otras maneras, puede revocar su permiso por escrito en cualquier momento. Una vez que revoca su permiso, Humana – CareSource no podrá seguir usando o divulgando su información para las razones establecidas en su autorización original.

Sus derechos de privacidad individuales de conformidad con la HIPAA

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales

Tiene derecho a solicitar al DMS que se comunique con usted a un determinado número o ubicación alternativos, que no sean los que figuran en el registro respecto de su hogar. Humana – CareSource hará esto solo cuando sea necesario para proteger su salud o seguridad.

Las solicitudes para cambiar la manera en que nos comunicamos con usted se deben enviar al Funcionario de privacidad de Humana – CareSource. Asegúrese de informarnos cómo quiere que nos comuniquemos con usted en su solicitud escrita.

Derecho a solicitar restricciones

Tiene derecho a solicitar que su información de salud protegida no se divulgue o use. Esto se denomina una solicitud de restricción. Humana – CareSource tiene derecho a denegar cualquier solicitud de restricción que impida al DMS llevar a cabo sus procesos comerciales obligatorios.

Para solicitar una restricción en el uso de su información, envíe una solicitud por escrito al funcionario de privacidad de Humana – CareSource. La solicitud debe incluir:

- Qué información desea que se restrinja y cómo desea que se restrinja.
- Si desea restringir el uso o la información, la divulgación de la información, o ambos.

Derecho a retirar la autorización para el uso y la divulgación

Humana – CareSource debe tener su permiso por escrito (autorización) para usar o divulgar su información para otras razones que no sean las excepciones especiales descritas arriba. Humana – CareSource puede pedirle que dé su permiso al firmar un formulario denominado Autorización.

- Usted puede cancelar este permiso en cualquier momento. Para cancelarlo, envíe una carta al Funcionario de privacidad de Humana – CareSource.
- Cuando Humana – CareSource recibe su cancelación, dejaremos de usar o divulgar la información permitida por su Autorización.
- Las divulgaciones hechas antes de recibir su cancelación de la autorización no se pueden retirar.

Derecho al acceso

Tiene derecho a ver y obtener una copia de la información de salud personal que conserva Humana – CareSource. Esto se denomina conjunto de archivos designados. El conjunto de archivos designados de Humana – CareSource incluye información de inscripción, de reclamos y registros de pago hechos en su nombre.

***** Humana – CareSource NO conserva copias completas de sus expedientes médicos. Si desea obtener una copia de sus registros médicos, comuníquese con su médico*****

Si desea obtener una copia de su información, envíe una solicitud por escrito al funcionario de privacidad de Humana - CareSource.

- Humana – CareSource proporcionará una copia de los expedientes para un período de 12 meses sin cargo. Es posible que se le cobre por copias adicionales.
- Humana – CareSource responderá a las solicitudes en un plazo de 30 días a partir de la recepción. Humana – CareSource puede solicitar 30 días adicionales si es necesario. Le informaremos si necesitamos tiempo adicional.
- Humana – CareSource tiene derecho a impedirle ver o tener todo o parte de sus

expedientes por razones específicas relacionadas con la HIPAA y la ley estatal.

- Humana – CareSource le informará las razones por escrito.
- Humana – CareSource le dará información sobre cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Derecho a modificar

Tiene derecho a solicitar que la información de sus registros se cambie, si no es correcta. Humana – CareSource responderá en un plazo de 60 días a partir de la recepción.

*****Si desea cambiar sus registros médicos, debe comunicarse con el médico o el centro que escribió el registro para solicitar un cambio*****

Humana – CareSource puede denegar su solicitud de cambio si:

- Humana – CareSource no escribió o no conserva la información.
- Se trata de información que usted no puede ver y copiar.
- La información ya está completa y es correcta.

Para solicitar un cambio, debe hacer lo siguiente:

Enviar una solicitud escrita al funcionario de privacidad de Humana – CareSource. Incluya la razón por la que solicita un cambio.

Derecho a un informe de divulgaciones

Tiene derecho a solicitar una lista de las personas que han pedido sus registros de salud. Esta lista le informará todas las ocasiones en que Humana – CareSource dio su información personal a personas u organizaciones, que no sea usted y que no haya sido parte de las actividades de negocios normales de Humana – CareSource (tratamiento, pago u operaciones). Para solicitar este informe, envíe una solicitud escrita a Humana – CareSource. Especifique el período sobre el cual desea obtener información. El período no puede ser superior a seis años. Tampoco puede involucrar fechas anteriores a la fecha de vigencia de la ley del 14 de abril de 2003. Humana – CareSource responderá en un plazo de 60 días a partir de la recepción.

Derecho a una copia impresa de este Aviso

Tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso en cualquier momento. Para recibir una copia impresa, envíe una solicitud por escrito a Humana – CareSource. Puede encontrarlo en línea en <https://chfs.ky.gov/Pages/index.aspx>.

Cambios a este Aviso de prácticas de privacidad

Humana – CareSource tiene el derecho a modificar este aviso de privacidad en cualquier momento. Si hacemos un cambio, revisaremos este Aviso y lo distribuiremos a todos los beneficiarios de Medicaid sin demora. Humana – CareSource está obligado por ley a cumplir con la versión actual de este Aviso hasta que se le haya enviado una nueva versión por correo.

Quejas

Si considera que se han violado sus derechos de privacidad y desea hacer una queja, puede presentar una queja por escrito o por teléfono al funcionario de privacidad de Humana – CareSource.

A la Secretaría de Salud y Servicios Humanos a: Secretary of Health and Human Services, Room 615F 200 Independence Ave. SW, Washington, D.C. 20201

Para obtener más información, llame al 877-696-6775.

A la Oficina de Derechos Civiles de Estados Unidos, llamando al 1-866-OCR-PRIV (866-627-7748) o al TTY 866-788-4989.

Política de no represalias

Humana – CareSource no puede retirar sus beneficios de atención médica o tomar represalias de ninguna manera si usted elige presentar una queja sobre privacidad o ejercer cualquiera de sus derechos de privacidad.



DIRECTIVAS ANTICIPADAS

Las directivas anticipadas son formularios que usted llena por si acaso se enferma de gravedad o si no puede tomar sus propias decisiones de atención médica. En los consultorios médicos y hospitales pueden tener disponibles estos formularios. Si no ha considerado esta opción, es un buen momento para comenzar a hacerlo. También es posible que desee hablar con su familia. Sin embargo, las directivas anticipadas siempre son voluntarias. Debe tener más de 18 años para elaborar una directiva anticipada.

Las directivas anticipadas pueden darle la tranquilidad de saber que sus preferencias acerca de su atención médica se tomarán en cuenta y se respetarán. Dichos documentos permiten que su médico y otras personas conozcan cómo desea que se le trate o quién desea que tome decisiones de atención médica en su nombre si usted se enferma gravemente.

Usted firma estos documentos mientras está sano y es capaz de tomar dichas decisiones. Solo se usan cuando usted está demasiado enfermo o no puede comunicarse. Le permiten expresar si desea que se hagan cosas para mantenerlo vivo o nombrar a alguien para que tome decisiones de atención médica por usted. Tiene derecho a revocar sus directivas anticipadas en cualquier momento, mientras aún sea capaz de hacerlo.

De acuerdo con la ley de Kentucky, su familia, su médico y los demás proveedores de atención médica deben respetar sus directivas anticipadas válidas, a menos que la ley proporcione una excepción.

Directivas anticipadas en Kentucky

En Kentucky, existen diferentes tipos de directivas anticipadas. Las directivas anticipadas incluyen: (1) formularios de Órdenes médicas para el alcance del tratamiento (Medical Order Scope of Treatment, MOST), (2) Testamentos vitales, e (3) instrucciones para el tratamiento de la salud mental.

Órdenes médicas para el alcance del tratamiento (MOST)

Una MOST es una orden médica firmada por usted, el apoderado para la atención médica u otro cuidador y su médico que indica que tratamiento para prolongar la vida quiere recibir, en caso de querer alguno. A diferencia de otros tipos de directivas anticipadas, una MOST es una orden médica que usted ha aceptado. Es un formulario estandarizado usado para complementar otros tipos de directivas anticipadas que usted tenga.

La MOST generalmente es para aquellos que tienen una enfermedad grave, o para aquellas personas que desean tener sus deseos establecidos como una orden médica. Las MOST no están diseñadas para abordar todas las decisiones de atención médica. Es posible que aún necesite otros tipos de directivas anticipadas.

Testamento vital

Un testamento vital le permite dejar instrucciones en estas áreas importantes.

Puede:

- Nombrar un apoderado para la atención médica.
- Rechazar o solicitar tratamiento para prolongar la vida.
- Rechazar o solicitar alimentación o hidratación artificial.
- Expresar sus deseos sobre la donación de órganos.

Cuando usted nombra un apoderado para la atención médica, autoriza a una o más personas, como un familiar o amigo cercano, a tomar decisiones de atención médica en su nombre si pierde la capacidad de decidir por sí mismo. Al elegir a un apoderado para la atención médica, recuerde que la persona que nombre tendrá el poder de tomar decisiones importantes sobre los tratamientos. Esto es así incluso si otras personas cercanas a usted desean una decisión diferente.

Elija a la persona más calificada para que sea su apoderado de atención médica. Además, tenga en cuenta la posibilidad de elegir una persona de respaldo si la persona que eligió en primer lugar no se encuentra disponible cuando la necesita. Asegúrese de avisarle a la persona que ha designado como apoderado de atención médica y asegúrese de que entienda qué es lo más importante para usted. Sus deseos deben estar expresados específicamente en el testamento vital.

Un testamento vital le permite expresar su voluntad respecto de tratamientos para prolongar la vida y alimentación artificial e hidratación, para que su apoderado de atención médica o su médico sepan qué quiere hacer. También puede decidir si desea donar alguno de sus órganos en el caso de que fallezca. Si decide hacer un testamento vital, asegúrese de avisar a su familia y a su médico.

Los testamentos vitales se deben hacer por escrito. Debe firmar y colocar la fecha ante dos testigos adultos o un notario público.

Instrucciones de tratamiento de salud mental

También puede indicar sus preferencias específicas con respecto al tratamiento de la salud mental que puede o no desear recibir en caso de que no pueda tomar sus propias decisiones con respecto al tratamiento de la salud mental. Por ejemplo, usted podría rechazar determinados tipos de medicación o tratamiento.

Las instrucciones de salud mental se deben establecer por escrito. Debe firmar y colocar la fecha ante dos testigos adultos o un notario público.

Para obtener más información sobre cómo puede declarar sus preferencias acerca del tratamiento de salud mental que desea recibir, visite [Caresource.com/members/education/planning-ahead/advance-directive/](https://www.caresource.com/members/education/planning-ahead/advance-directive/).

Otras personas que pueden tomar decisiones de atención médica por usted

Si no cuenta con una directiva anticipada y se encuentra incapacitado para tomar decisiones acerca de su atención médica, la ley de Kentucky permite que otras personas tomen decisiones por usted. Esas otras personas pueden ser:

- Un tutor.
- Un abogado.
- El cónyuge.
- Un hijo adulto.
- El padre o la madre.
- El pariente más cercano.

Si tiene alguna pregunta acerca de las directivas anticipadas, siempre debe consultar a un profesional legal calificado. Esta información se proporciona como información general y no pretende ser asesoramiento legal.

Tutela

¿Qué es un tutor?

Un tutor es un adulto elegido por un tribunal para ser legalmente responsable de otra persona.

¿Cuándo se elegirá un tutor?

Un tribunal elegirá a un tutor para una persona que no pueda tomar decisiones seguras. Esto suele ser debido a una incapacidad mental o legal.

En ciertas situaciones, un menor de edad también puede tener un tutor elegido.

¿Cómo obtengo una tutela?

Cualquier adulto puede solicitar un tutor nombrado para otra persona. Generalmente, un familiar del afiliado solicita la tutela.

¿Quién designa a un tutor?

Únicamente un tribunal puede elegir a un tutor. El tribunal que elige al tutor es un tribunal local. Esto puede diferir según dónde viva. Llame a su servicio local de salud y familia, tribunal local, abogado local o servicio de ayuda legal local para obtener más información.

Si tiene alguna pregunta acerca de la tutela, siempre debe consultar a un profesional legal calificado. Esta información se proporciona como información general y no pretende ser asesoramiento legal.

FINALIZACIÓN DE SU AFILIACIÓN

Deseamos que esté satisfecho con Humana – CareSource. Háganos saber sus problemas o preocupaciones. Podemos ayudarlo.

Puede solicitar que finalice su afiliación a Humana – CareSource. Puede hacerlo por cualquier motivo. Para ello, debe solicitarlo durante los primeros 90 días de su inscripción o de la renovación de su inscripción. Al cabo de los primeros 90 días, puede solicitar que finalice su afiliación por una causa justificada. Esto significa que usted tiene un motivo especial por el que debe terminar su afiliación. Debe enviar una solicitud de audiencia por escrito para solicitar la cancelación de la inscripción. La solicitud debe incluir el motivo por el que desea cancelar su inscripción. Puede enviar dicha solicitud al Departamento de Servicios de Medicaid (Department for Medicaid Services, DMS) de Kentucky a la siguiente dirección:

KDMS - Cabinet for Health and Family Services
Office of the Secretary
275 E. Main Street
Frankfort, KY 40621

Además, puede pasarse a un plan de atención administrada diferente. Puede hacerlo durante el período de inscripción abierta anual. Recibirá una carta del DMS de Kentucky cada año. En ella se le informará cuándo es su período de inscripción abierta y cómo hacer el cambio. Su inscripción en Humana CareSource se cancelará si usted deja de reunir los requisitos para Medicaid de Kentucky o si se muda fuera de nuestra área de servicio.

SIGNIFICADOS DE LOS TÉRMINOS

Administración de la atención: Un proceso mediante el cual Humana – CareSource designa a alguien para ayudarlo a obtener la atención médica que necesita.

Afiliado: Una persona que reúne los requisitos para tener acceso a Medicaid que se inscribió en el plan y recibe servicios de atención médica.

Apelación: Una declaración en la que manifiesta su disconformidad respecto de una decisión o determinación que tomó Humana – CareSource y que solicita la reconsideración de una decisión o determinación.

Apelación expedita: Evaluación efectuada con rapidez para cumplir con la necesidad médica de un afiliado.

Apoderado para la atención médica: Un adulto a quien ha elegido para tomar decisiones de salud por usted cuando usted no sea capaz de hacerlo.

Atención de urgencia: La atención necesaria para una lesión o una enfermedad debe someterse a tratamiento dentro de 24 horas, por lo general no pone en peligro su vida.

Atención posterior a la estabilización: Se trata de la atención que usted recibe

después de haberle proporcionado servicios médicos de emergencia. Contribuye a recuperar la buena salud.

Autorización previa: En algunas ocasiones, los proveedores participantes se comunican con nosotros en relación con la atención que ellos quieren que usted reciba. Esto se realiza antes de que usted reciba la atención para garantizar qué es lo más conveniente para sus necesidades. También se aseguran de que dicha necesidad será cubierta. Esto es necesario en el caso de ciertos servicios que no son de rutina, como la atención médica domiciliaria o algunas cirugías programadas.

Aviso de acción: Una respuesta de parte de Humana – CareSource en la que se manifiesta una decisión.

Beneficios: Lo que cubre Humana – CareSource.

Cita médica: Una visita que usted programa para hacerle una consulta a un proveedor.

Cuidados preventivos: Atención que un afiliado recibe de un médico para ayudarlo a mantenerse saludable.

Derivación: Una solicitud de un PCP para que su paciente consulte a un especialista (por ejemplo, un cirujano) con el propósito de recibir atención.

Desafiliación: La eliminación de un afiliado respecto de los beneficios de Humana – CareSource.

Directivas anticipadas: Documentos que usted firma para el caso en que llegue a padecer una enfermedad muy grave o si desea nombrar a un apoderado para la atención médica. Estos documentos informan a su médico y a otras personas la manera en que usted quiere ser tratado si se enferma gravemente y no puede expresarse.

Directorio de proveedores: El directorio de proveedores es una lista de médicos y otros profesionales de atención médica a quienes puede acudir para recibir atención.

Equipo médico permanente: Equipo que puede utilizarse más de una vez para servicios médicos.

Especialista: Un médico que se enfoca en un tipo de atención médica en particular, como un cirujano o un cardiólogo (especialista en el corazón).

Farmacia: Tienda de medicamentos.

Formulario: Lista de medicamentos de marca y genéricos que cubrimos.

Fraude: Uso malintencionado de los beneficios.

Fuera de la red: Un médico, hospital, farmacia u otro profesional de atención médica con licencia que no ha firmado un contrato para prestar servicios a los afiliados a Humana – CareSource.

Gestión de uso: Consiste en un proceso de revisión que evalúa los servicios proporcionados a los afiliados.

Hogar médico: La relación que usted tiene con su proveedor de atención primaria (PCP) se considera su “hogar médico”.

Ingresos del seguro social: Dinero que quizá reciba ahora por contribuir al pago de los impuestos durante un trabajo anterior.

Lista de medicamentos preferidos (PDL): Una lista de medicamentos de farmacia con cobertura.

Malversación: Significa el uso excesivo de los beneficios cuando estos no son necesarios.

Poder: Un acuerdo escrito entre dos personas que permite que una de ellas actúe y decida en nombre de la otra respecto de ciertas cuestiones; el poder permanente (consultar definición anterior) sigue vigente incluso cuando usted no pueda tomar decisiones.

Poder permanente para la atención médica: Un acuerdo escrito entre usted y otra persona por el que autoriza a esa otra persona a tomar decisiones médicas y/o financieras por usted en caso de que usted no pueda expresarse por sí mismo.

Presuntamente elegible: Los afiliados, incluidos las embarazadas y los niños de hasta un (1) año, se consideran “presuntamente elegibles” si son residentes de Kentucky y reúnen determinado nivel de ingresos. Esto significa que la atención prenatal para la mujer embarazada u otros servicios se proporcionarán mientras se procese la solicitud para Medicaid.

Proveedor de atención primaria (PCP): Un proveedor participante que usted seleccionó como su médico personal. Su PCP trabaja con usted para coordinar su atención médica.

Proveedor participante: Un médico, hospital, farmacia u otro tipo de profesional de la atención médica con licencia que ha firmado un contrato para proporcionar servicios a los afiliados a Humana – CareSource. Estos figuran en nuestro Directorio de proveedores.

Queja: Un reclamo acerca del plan o de o sus proveedores de atención médica.

Reclamo: Factura por los servicios.

Red de proveedores: Una lista de todos los proveedores de atención médica que participan de manera activa en el plan (“proveedores participantes”). El Directorio de proveedores se genera a partir de esta lista.

Representante autorizado: Una persona a quien el afiliado le permite por escrito tomar decisiones médicas en su nombre.

Seguro principal: El seguro que usted tiene y que no es Medicaid.

Servicios cubiertos: Servicios de atención médica considerados médicamente necesarios por los que Humana – CareSource debe pagar.

Servicios de atención médica: Atención relacionada con la salud de un afiliado, tal como atención preventiva, diagnóstico o tratamiento.

Terapia escalonada: En la atención médica administrada, la terapia escalonada es un enfoque para recetar diseñado para controlar los costos y los riesgos de los medicamentos con receta. La práctica comienza con la medicación para tratar una afección médica con la terapia de medicamentos más económicos y progresa a otros tratamientos más costosos o terapias más riesgosas, si fuera necesario.



MCO de Medicaid de Kentucky Solicitud de apelación del afiliado

	MCO	Teléfono	Fax
Marque la casilla del plan en el cual el afiliado está inscrito	<input type="checkbox"/> Anthem BCBS Medicaid	1-855-661-2027 Ext. 26740	1-855-443-7820
	<input type="checkbox"/> Coventry Cares/Aetna Better Health	1-855-300-5528	1-855-454-5585
	<input type="checkbox"/> Humana – CareSource	1-877-892-7487	1-855-262-9794
	<input type="checkbox"/> Passport Health Plan	1-800-578-0636	502-585-8461
	<input type="checkbox"/> WellCare of Kentucky	1-877-389-9457	1-866-201-1657

Complete todos los campos correspondientes.

Si necesita ayuda para completar este formulario, llame a su MCO al número que aparece arriba.
Todas las apelaciones deben presentarse en un plazo de 30 días a partir de la fecha de la acción de la MCO.

Fecha _____

Persona que presenta la solicitud _____

Correo electrónico _____ Teléfono _____

Soy afiliado a Medicaid Presento una solicitud en nombre de un afiliado a Medicaid

Si presenta la solicitud a nombre de un afiliado, indique la relación con el afiliado _____

¿Para quién es esta apelación?

Nombre del afiliado _____

N.º de la seguridad social del afiliado _____ Fecha de nacimiento del afiliado _____

Dirección del afiliado _____ Condado _____

¿Por qué solicita una apelación?

Procedimiento o servicio que está solicitando _____

Médico o proveedor del servicio _____ Teléfono _____

Dirección del médico o proveedor _____

Motivo del procedimiento/servicio _____

Proporcione todos los detalles posibles sobre esta solicitud:

Adjunte una copia de la carta de rechazo, junto con cualquier otra correspondencia relacionada con esta solicitud.

Al firmar este documento, autorizo a la persona que presenta este formulario a hacerlo en mi nombre

Firma del afiliado _____ Fecha _____

Firma de la persona que presenta la apelación _____ Fecha _____

Los afiliados tienen derecho a solicitar una continuidad de los beneficios mientras se procesa la apelación.

**ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO DE
FORMA INTENCIONAL**

MCO de Medicaid de Kentucky Formulario de queja del afiliado

	MCO	Phone	Fax
Marque la casilla del plan en el cual el afiliado está inscrito	<input type="checkbox"/> Anthem BCBS Medicaid	1-855-661-3027 Ext. 26748	1-855-443-7820
	<input type="checkbox"/> Coventry Cares/Aetna Better Health	1-855-300-5528	1-855-454-5585
	<input type="checkbox"/> Humana – CareSource	1-877-892-7487	1-855-262-9794
	<input type="checkbox"/> Passport Health Plan	1-800-578-0603	502-585-8340
	<input type="checkbox"/> WellCare of Kentucky	1-877-389-9457	1-866-388-1769

Complete todos los campos correspondientes.
Si necesita ayuda con este formulario, llame a su MCO al número indicado arriba.

Fecha _____
 Persona que presenta la queja _____
 Correo electrónico _____ Teléfono _____
 Soy afiliado a Medicaid Presento una queja a nombre de un afiliado a Medicaid
 Si presenta la solicitud a nombre de un afiliado, indique la relación con el afiliado _____

¿De quién se trata esta queja/reclamo?

Nombre del afiliado _____
 N.º de Seguro soc. del afiliado _____
 Fecha de nacimiento del afiliado _____
 Dirección del afiliado _____ Condado _____

¿De qué se trata esta queja/reclamo?

- Tengo problemas para encontrar un proveedor de atención médica.
- Tengo una queja sobre mi médico/proveedor de atención médica.
- Tengo una queja sobre mi centro o su personal (enfermería, vida asistida, hogar de cuidado de adultos, hospicio).
- Recibo facturas de los proveedores de atención médica.
- Quiero cambiar mi plan y necesito ayuda.
- Soy un afiliado nuevo y no he recibido información del plan.
- Tengo problemas para obtener las siguientes recetas: _____
- Tengo problemas para obtener el siguiente servicio: (Marque todas las opciones que correspondan)

<input type="checkbox"/> Salud conductual	<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Atención médica a domicilio
<input type="checkbox"/> Equipo y suministros médicos	<input type="checkbox"/> Transporte	<input type="checkbox"/> Tratamiento por abuso de sustancias
<input type="checkbox"/> Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	<input type="checkbox"/> Otro _____	

Proporcione todos los detalles posibles sobre la queja/el reclamo:

Al firmar este documento, autorizo a la persona que presenta este formulario a hacerlo en mi nombre

Firma del afiliado _____ Fecha _____

Firma de la persona que presenta la queja _____ Fecha _____

**ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO DE
FORMA INTENCIONAL**



Consentimiento del afiliado/Formulario de autorización de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA)

Este formulario permite a CareSource Management Group Co. y sus planes médicos afiliados (“Humana – CareSource®”), compartir su información médica como se detalla a continuación. Debe llenar este formulario por completo. Envíelo por correo o por fax a la dirección que figura en la última parte de este formulario. También tiene la opción de llenar este formulario en línea en www.caresource.com.

Sección 1: Información del afiliado

Apellido del afiliado	Inic. 2.º nombre	Nombre del afiliado	Fecha de nacimiento del afiliado	
Dirección del afiliado	Ciudad		Estado	Código postal
Teléfono particular del afiliado	Teléfono celular del afiliado		Número de identificación del afiliado (se encuentra en la tarjeta de identificación del plan)	
<i>Si proporciona su número de teléfono celular, quiere decir que Humana – CareSource puede utilizarlo para comunicarse con usted</i>				

Sección 2: Consentimiento para compartir la información médica

La política de Humana – CareSource consiste en compartir su información médica. Esto incluye información médica confidencial (Sensitive Health Information, SHI). La SHI puede incluir información relacionada con el tratamiento contra las drogas y/o el alcohol, los resultados de análisis genéticos, las enfermedades de transmisión sexual (ETS), VIH/SIDA, la salud mental, las enfermedades contagiosas u otras afecciones que representen un peligro para la salud. Esta información se comparte para brindarle una mejor atención y tratamiento o para ayudarlo con los beneficios. Esta información se comparte con sus proveedores de atención médica pasados, futuros y actuales. También se comparte con los Intercambios de información médica (Health Information Exchanges, HIE). Los HIE permiten que los proveedores consulten la información médica que CareSource tiene acerca de los afiliados. Tiene derecho a solicitar una lista de todas las personas a las cuales Humana – CareSource les proporcionó su información médica.

Si no desea que su información se comparta (incluida la SHI) para brindarle una mejor atención y tratamiento o para ayudarlo con los beneficios, márquelo aquí:

Si realizó una marca en la casilla anterior, no se compartirá ningún tipo de información médica (incluida la SHI) relacionada con usted. No se compartirá con sus proveedores. (Se compartirá con el proveedor que lo esté tratando con respecto a la SHI específica). Si no autoriza la divulgación, los proveedores involucrados en su tratamiento no podrán brindarle la misma atención de alta calidad que recibiría si diera su permiso.

Sección 3: Designación de un representante

Si desea nombrar a un representante para que se comuniquen con Humana – CareSource en su nombre, complete esta sección. Humana – CareSource compartirá la información médica con la persona que haya designado. Si designa un grupo, como un bufete de abogados, ese grupo se conoce como entidad. Proporcione los datos de la entidad y el nombre de una persona de contacto que forme parte de la identidad.

Apellido	Nombre	Inic. 2.º nombre	Nombre de la entidad (si es un bufete de abogados u otra entidad)
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono particular		Teléfono celular	

Sección 4: Revisión y aprobación

Al firmar, acepto lo siguiente:

Autorizar a CareSource para que comparta mi información médica como se detalló en la Sección 2 y/o 3. Comprendo que es mi propia decisión firmar este formulario. Comprendo que la información compartida puede ser compartida nuevamente por la persona o entidad que la recibe. Después de eso, ya no estará protegida por las leyes federales de privacidad. La información relativa al trastorno por abuso de sustancias de los programas de tratamiento específicos (Art. 42, Código de Reglamentos Federales [Code of Federal Regulations, CFR], Parte 2) puede permanecer en estricta reserva y no volver a compartirse sin mi autorización. Comprendo que este formulario no genera un Poder para la atención médica. Comprendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento. Para cancelar la autorización, debo enviar una carta escrita a Humana – CareSource. Puedo enviar la carta a la dirección que figura en la parte inferior de este formulario. También puedo enviarla por fax al número que figura en la parte inferior de este formulario. O bien, puedo cancelar mi autorización en www.caresource.com. Comprendo que, si cancelo esta autorización, no habrá ningún cambio en las acciones llevadas a cabo por Humana – CareSource antes de la cancelación. Comprendo que mi tratamiento, el pago del mismo, mi inscripción o la elegibilidad para los beneficios no dependen de que firme este formulario. **Firme a continuación.**

Firma del afiliado/padre o madre del afiliado menor de edad o firma del representante legal designado. Firma*:		Fecha:	
Fecha de terminación de esta autorización: <i>Si no se proporciona ninguna fecha, la autorización permanecerá en sus registros, a menos/hasta que usted solicite especialmente que se cancele. En el caso de los afiliados menores de edad, durará hasta que cumplan los 18 años.</i>			
<i>*Si la persona que firma no es el afiliado/padre o madre de un afiliado menor edad, solo podrá hacerlo si se trata del representante legal designado. Un representante legal designado es alguien a quien se ha otorgado la autoridad de actuar en nombre del afiliado. Si aún no lo ha hecho, debe proporcionar una copia del Poder legal o los documentos del tribunal que demuestren que la persona es un representante legal designado. También debe completar los siguientes campos:</i>			
Representante legal (escriba el nombre completo con letra de imprenta)		Relación legal con el afiliado, por ej., Poder legal, tutor designado por un tribunal o custodio:	
Dirección del representante legal	Ciudad	Estado	Código postal

Envíe su formulario completo a:

Humana – CareSource/ Attn: Privacy Office, P.O. Box 8738, Dayton, OH 45401-8738, o,
por fax al 1-833-334-4722, or,
tiene la opción de llenar este formulario en línea en www.caresource.com.

Humana – CareSource complies with applicable state and federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of age, gender, gender identity, color, race, disability, national origin, marital status, sexual preference, religious affiliation, health status, or public assistance status. Humana – CareSource does not exclude people or treat them differently because of age, gender, gender identity, color, race, disability, national origin, marital status, sexual preference, religious affiliation, health status, or public assistance status.

Humana – CareSource provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as: (1) qualified sign language interpreters, and (2) written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats). In addition, Humana – CareSource provides free language services to people whose primary language is not English, such as: (1) qualified interpreters, and (2) information written in other languages. If you need these services, please call the member services number on your member ID card.

If you believe that Humana – CareSource has failed to provide the above mentioned services to you or discriminated in another way on the basis of age, gender, gender identity, color, race, disability, national origin, marital status, sexual preference, religious affiliation, health status, or public assistance status, you may file a grievance, with:

Humana – CareSource
Attn: Civil Rights Coordinator
P.O. Box 1947, Dayton, Ohio 45401
1-844-539-1732, TTY: 711
Fax: 1-844-417-6254

CivilRightsCoordinator@CareSource.com

You can file a grievance by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Civil Rights Coordinator is available to help you.

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

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW Room 509F
HHH Building Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE OFICINAS GUBERNAMENTALES

Departamento de Servicios Basados en la Comunidad (Department for Community Based Services, DCBS)

- Para localizar la oficina del DCBS más cercana a su área, ingrese a https://prdweb.chfs.ky.gov/Office_Phone/
- Llame al 1-855-306-8959

Kentucky Department for Medicaid Services (KDMS)

- Cabinet for Health and Family Services
Office of the Secretary 275 E. Main Street
Frankfort, KY 40621
- 1-800-635-2570 o TTY: 1-800-627-4702 o 711
- Envíe un fax: 1-502-564-6917

Transporte de Medicaid de Kentucky

- 1-888-941-7433

Ombudsman de Kentucky

- 1-800-372-2973 o TTY: 1-800-627-4702 o 711

Office for Civil Rights

- Sam Nunn Atlanta Federal Center, Suite 16T70
61 Forsyth Street, S.W.
Atlanta, GA 30303-8909
- 1-800-368-1019 o TTY: 1-800-537-7697
- Fax: 1-404-562-7881



CareSource.com/KY

La marca comercial Humana – CareSource es propiedad conjunta de Humana Inc. y CareSource Management Group Co.

KY-HUCM0-2320 | APROBADO POR KDMS 11/20/2018 | ©2019 CareSource. Todos los derechos reservados.