

Adiestramiento para médicos sobre los Planes de Necesidades Especiales de 2024

Humana Gold Plus® SNP – Doble elegibilidad (HMO)
Humana Gold Plus® SNP – Condiciones crónicas (HMO)
Humana Community SNP – Doble elegibilidad (HMO)
Humana Gold Plus Integrated SNP - Doble elegibilidad (HMO)
HumanaChoice SNP – Doble elegibilidad (PPO)
Humana Together in Health – I-SNP (HMO/PPO)
Humana Senior Living – IE – SNP (HMO)

Fecha de vigencia: 1 de enero de 2024

Humana.



356603ALL1223SPPR-

Breve introducción sobre el libro de registro

- Si está viendo esta presentación a través del adiestramiento sobre SNP de Brainshark que se encuentra en Humana.com/ProviderCompliance, asegúrese de ingresar toda la información solicitada en el libro de registro que aparece cuando abre la presentación. Esa información permitirá a Humana otorgarle crédito por el adiestramiento y garantizará que reciba un certificado de finalización después de ver la presentación.
□
- Si tiene más de 4 números de identificación fiscal (TIN, por sus siglas en inglés) para declarar, envíe por correo electrónico una lista de todos sus TIN, incluidos nombre del proveedor, dirección, fecha original y nombre de la organización que utilizó para completar el adiestramiento a: NNO_ProviderCompliance@Humana.com.

¿Qué es un Plan de Necesidades Especiales?

Un Plan de Necesidades Especiales (SNP) es un plan de cuidado coordinado de Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés) creado especialmente para enfocarse en las necesidades de algunos de sus pacientes más vulnerables.

Juntos podemos trabajar para crear un plan de cuidado diseñado específicamente para cada afiliado a un SNP.



Humana ofrece 3 tipos de SNP

- SNP para personas con doble elegibilidad
 - Identificado en la tarjeta de identificación de afiliado de Humana como **D-SNP**.
 - Cubre a los afiliados elegibles para Medicare y Medicaid.
- SNP para personas con condiciones crónicas (C-SNP)
 - Identificado en la tarjeta de identificación de afiliado de Humana como **C-SNP**.
 - Cubre a los afiliados elegibles para Medicare que tienen al menos una de las siguientes condiciones:
 - Diabetes mellitus, desórdenes pulmonares crónicos, desórdenes cardiovasculares y fallo cardíaco crónico
- SNP institucional o equivalente a un SNP institucional (I-SNP/IE-SNP)
 - Identificado en la tarjeta de identificación de afiliado de Humana como **I-SNP** (también aplica a los **IE SNP**).
 - Cubre a los afiliados elegibles de Medicare que también requieren un nivel de cuidado institucional.
 - La elegibilidad se basa en lo siguiente:
 - Confirmación de una estadía mínima de 90 días en un centro contratado por Humana para ofrecer I-SNP; o
 - Una evaluación de necesidades aprobada por los CMS que confirme que la condición del paciente probablemente requerirá una estadía de 90 días.
 - Los pacientes que viven en Illinois o Wisconsin y que requieren un nivel de cuidado institucional pueden ser elegibles para un IE-SNP.

Información general sobre los SNP

- MA siempre es el pagador principal.
- Según los CMS, los médicos/proveedores no pueden facturar saldos a un beneficiario cualificado de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés), también conocido como afiliado con protección de costo compartido.
 - Consulte los códigos de observación de aviso de remesa (RARC, por sus siglas en inglés) ubicados en el aviso electrónico de remesa (ERA, por sus siglas en inglés) y los códigos EX que se encuentran en la explicación tradicional de remesa (TEOR, por sus siglas en inglés) impresa para ayudarle a identificar a los afiliados a quienes no se les deben facturar saldos.
- Los médicos/proveedores no pueden negarle el servicio a un afiliado basándose en su estado de pagador secundario.
- Los CMS pueden imponer sanciones a los médicos/proveedores de cuidado de la salud que facturen saldos a un afiliado que tenga protección de costo compartido.
- También pueden proveerse beneficios mejorados, como servicios de la vista, dentales, de la audición, de transporte de rutina y de medicamentos ~~sin~~ receta.

Afiliados con doble elegibilidad y protección de costo compartido (CSP, por sus siglas en inglés)

Los consultorios NO pueden facturar a los pacientes que tienen protección de costo compartido

- La ley federal prohíbe la facturación de saldos a los afiliados que tienen protección de costo compartido (CSP, por sus siglas en inglés).
- Los proveedores deben aceptar el pago de Humana o de Medicaid como pago completo **incluso si** deciden no facturar a Medicaid.
- El proveedor debe ignorar cualquier saldo restante. No deben facturarse estos saldos al afiliado.

¿Qué es un paciente con protección de costo compartido (CSP)?

- CSP es una categoría de doble elegibilidad que define el tipo de beneficios de Medicare que recibe un afiliado.
- Los afiliados con estado de CSP tienen la parte que le corresponde al afiliado de los deducibles, copagos y coaseguros de las Partes A y B **reducida a \$0**.
- El estado de CSP de un afiliado se puede encontrar en Availity.com o verificar llamando al Servicio al Cliente de Humana al **800-626-2741**.
- Según el estado, algunos afiliados pueden tener protección de costo compartido incluso si no son QMB.

¿Qué indica el contrato con Humana?

El anexo (r) de las disposiciones de MA de Humana establece que *“El médico acepta no cobrar ni intentar cobrar copagos, coaseguros, deducibles u otras cantidades de costo compartido a ningún afiliado de Medicare Advantage de Humana que haya sido designado como beneficiario cualificado de Medicare (“QMB”) por los CMS”*.

Encuentre más información sobre facturación de saldos y beneficiarios con doble elegibilidad [aquí](#):

Disponibilidad de planes SNP de Humana en 2024

Estado	SNP para personas con doble elegibilidad	SNP para personas con condiciones crónicas	I-SNP
Alabama*	✓		
Arkansas	✓	✓	
California	✓		
Colorado	✓		
Connecticut	✓		
Delaware	✓		
Florida*	✓	✓	
Georgia	✓	✓	✓
Illinois		✓	
Indiana	✓	✓	✓
Iowa	✓	✓	
Kansas		✓	
Kentucky	✓	✓	
Luisiana	✓	✓	
Maine	✓		
Maryland	✓		
Michigan	✓	✓	
Misisipi	✓	✓	
Misuri	✓	✓	
Montana	✓		

Estado	SNP para personas con doble elegibilidad	SNP para personas con condiciones crónicas	I-SNP
Nebraska	✓		
Nevada	✓	✓	
Nueva York	✓		
Carolina del Norte	✓	✓	
Ohio	✓	✓	✓
Oklahoma	✓	✓	
Oregón		✓	
Pensilvania	✓		
Carolina del Sur	✓	✓	✓
Dakota del Sur	✓		
Tennessee*	✓	✓	
Texas*	✓	✓	✓
Utah	✓		
Virginia		✓	✓
Washington	✓	✓	
Virginia Occidental	✓		
Wisconsin†			✓
Wyoming	✓		
Puerto Rico*	✓		

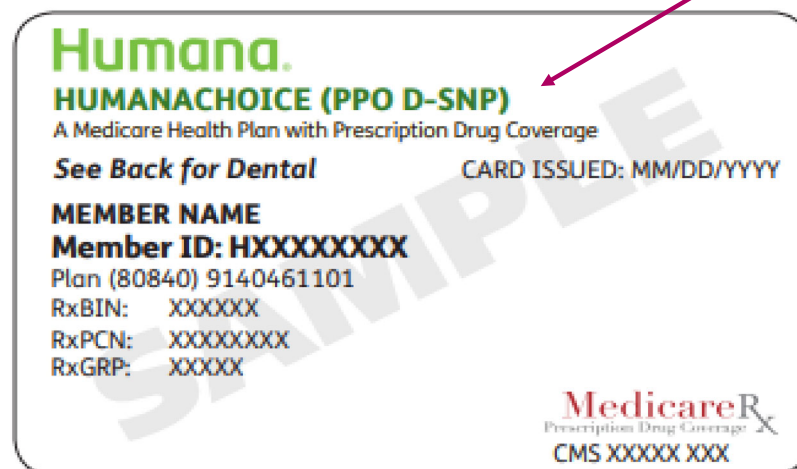
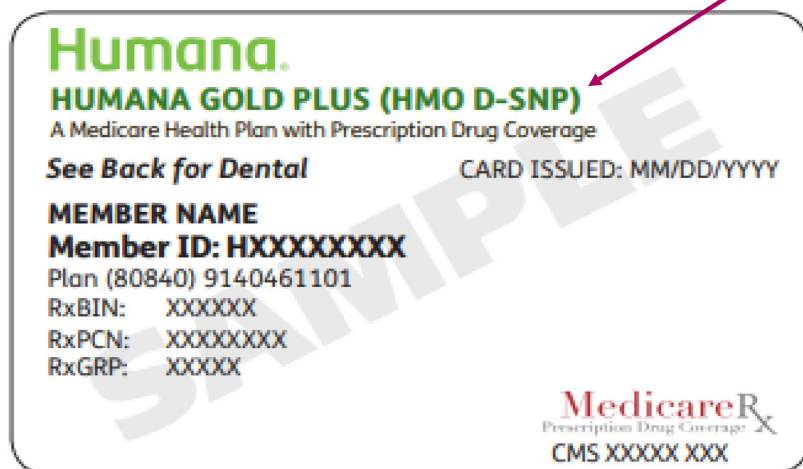
* Indica los estados donde Humana coordina el reembolso de los costos compartidos con la autoridad de Medicaid del estado.

† Indica dónde está disponible un IE-SNP.

Identificación de afiliados con planes SNP

- Los afiliados a SNP de Humana tienen una tarjeta de identificación específica.
- En el frente de la tarjeta, justo debajo del logotipo de Humana, se indica el tipo de SNP que tiene el afiliado. Los proveedores de cuidado de la salud pueden comunicarse con el servicio al cliente de Humana o visitar Availity.com para obtener esta información.
- Los afiliados a SNP con doble elegibilidad deben presentar su tarjeta de identificación de Humana y su tarjeta de Medicaid.

Ejemplos de tarjetas de identificación de Humana HMO SNP y PPO SNP



Presentación de reclamaciones de D-SNP según el estado

- **Alabama, Florida, Texas y Puerto Rico:** Humana recibe un pago por afiliado por mes (PMPM, por sus siglas en inglés) que cubre la parte del costo compartido que cubriría Medicaid para todas las categorías de protección de costo compartido.
 - Las partes de Medicare y Medicaid se pagan al mismo tiempo.
- **Tennessee:** después de la adjudicación de la reclamación, Humana transfiere las reclamaciones de D-SNP de Tennessee directamente a los proveedores de Medicaid de Tennessee. Los proveedores no facturan a Medicaid de Tennessee para consideración del pago secundario.
- **Indiana:** los afiliados que tienen un plan Medicaid de **Humana**:
 - Antes del 1 de julio de 2024, deben enviar las reclamaciones de pago secundario a la agencia de Medicaid de Indiana.
 - A partir del 1 de julio de 2024, deben facturar a Humana directamente el procesamiento de los pagos primario y secundario.
- Los afiliados que no tienen un plan Medicaid de **Humana**:
 - Deben seguir los procedimientos actuales para presentar reclamaciones a la agencia de Medicaid de Indiana para el pago secundario.
- **Todos los demás estados** - el proveedor de cuidado de la salud factura a Humana y luego a Medicaid por el pago secundario.

Requisitos de elegibilidad

Estado	Tipo de plan y PBP del contrato	Entidad legal	Subtipo	Categorías de elegibilidad cubiertas
Alabama	HMO H5619-093	Arcadian Health Plan, Inc.	Sin costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB, SLMB+*, QI, QDWI y FBDE*
	LPPO H5216-370	Humana Insurance Company	Costos compartidos de \$0	QMB+, SLMB+, FBDE
Arkansas	HMO H5619-123	Arcadian Health Plan, Inc.	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	LPPO H5216-219	Humana Insurance Company	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	LPPO H5216-361	Humana Insurance Company	Sin costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB, SLMB+*, QI, QDWI y FBDE*
California	HMO H5619-038	Arcadian Health Plan, Inc.	Costos compartidos de \$0	QMB+*, SLMB+* y FBDE*
Colorado	LPPO H5216-267	Humana Insurance Company	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
Connecticut	LPPO H5216-290	Humana Insurance Company	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
Delaware	HMO H6622-051	Humana WI Health Organization Insurance Corp	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
Florida (Humana/CarePlus)	HMO - HIDE H1019-023, 026, 073, 145, 146 H1036-077, 102, 209, 210, 213, 214, 226, 285, 304, 314	CarePlus Health Plans, Inc. Humana Medical Plan, Inc.	Sin costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB, SLMB+*, QI, QDWI y FBDE*
	HMO - FIDE (AIP) H1036-280	Humana Medical Plan, Inc.	Costos compartidos de \$0	QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	LPPO - HIDE H7284-010	Humana Health Insurance Company of Florida, Inc.	Sin costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB, SLMB+*, QI, QDWI y FBDE*
	LPPO - HIDE H5216-394	Humana Insurance Company	Sin costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB, SLMB+*, QI, QDWI y FBDE*
	LPPO - HIDE (AIP) H7284-003	Humana Health Insurance Company of Florida, Inc.	Costos compartidos de \$0	QMB+*, SLMB+* y FBDE*

* Indica las categorías de protección de costos compartidos para ese estado.

La fuente roja indica cambios para 2024.

Requisitos de elegibilidad

Estado	Tipo de plan y PBP del contrato	Entidad legal	Subtipo	Categorías de elegibilidad cubiertas
Georgia	HMO H4141-003, 021	HUMANA EMPLOYERS HEALTH PLAN OF GEORGIA, INC.	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	LPPO H5216-205	Humana Insurance Company	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H5216-206	Humana Insurance Company	Sin costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB, SLMB+* QI y FBDE*
Indiana	HMO H5619-054 (>60 años) H5619-156 (solamente parcial) H5619-158 (59 años o más joven)	Arcadian Health Plan, Inc.	Costos compartidos de \$0	QMB+*, SLMB+* y FBDE*
			Sin costos compartidos de \$0	QMB*, SLMB, QI, QDWI
			Costos compartidos de \$0	QMB+*, SLMB+* y FBDE*
Iowa	LPPO H521-268	Humana Insurance Company	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
Kentucky	HMO H1036-235 H5619-163 H5619-075 H6622-018	Humana Medical Plan, Inc. Arcadian Health Plan, Inc. Humana WI Health Organization Insurance Corp	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE* QMB+*, SLMB+* y FBDE*
			Sin costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE* SLMB, QI, QDWI
			Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	LPPO H5525-045	Humana Benefit Plan of Illinois, Inc.	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
Luisiana	HMO H1951-032,041	Humana Benefit Plan of Louisiana. Inc.	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H1951-057	Humana Benefit Plan of Louisiana. Inc.	Costos compartidos de \$0	QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H1951-056	Humana Benefit Plan of Louisiana. Inc.	Sin costos compartidos de \$0	QI, QDWI, SLMB
	LPPO H5216-330, 332	Humana Insurance Company	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*

* Indica las categorías de protección de costos compartidos para ese estado.

La fuente roja indica cambios para 2024.

Requisitos de elegibilidad

Estado	Tipo de plan y PBP del contrato	Entidad legal	Subtipo	Categorías de elegibilidad cubiertas
Maine	HMO H5619-003	Arcadian Health Plan, Inc.	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	LPPO H5216-291	Humana Insurance Company	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
Maryland	HMO H6622-086	Humana WI Health Organization Insurance Corp	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	LPPO H5216-377	Humana Insurance Company	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
Michigan	HMO H8908-005	Humana Medical Plan of Michigan, Inc.	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	LPPO H5216-385	Humana Insurance Company	Sin costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB, SLMB+*, QI, QDWI y FBDE*
	H5216-388		Costos compartidos de \$0	QMB+*, SLMB+* y FBDE*
Mississippi	HMO		Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H1036-222	Humana Medical Plan, Inc.		
	H6622-048	Humana WI Health Organization Insurance Corp		
	LPPO H5216-292 H5216-367	Humana Insurance Company	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H5216-298		Sin costos compartidos de \$0	QMB+*, SLMB+* y FBDE*
Missouri	HMO H0028-015	CHA HMO, Inc.	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	LPPO H5216-164	Humana Insurance Company	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
Montana	HMO H6622-008	Humana WI Health Organization Insurance Corp	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+* y SLMB+*
Nebraska	HMO H0028-007	CHA HMO, Inc.	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*

* Indica las categorías de protección de costos compartidos para ese estado.

La fuente roja indica cambios para 2024.

Requisitos de elegibilidad

Estado	Tipo de plan y PBP del contrato	Entidad legal	Subtipo	Categorías de elegibilidad cubiertas
Nevada	HMO	Humana WI Health Organization Insurance Corp	Costos compartidos de \$0	QMB+*, QMB* y FBDE*
	H6622-079			
	LPPO	Humana Insurance Company	Costos compartidos de \$0	QMB+*, QMB* y FBDE*
	H5216-302			
Nueva York	HMO	Humana Health Company of New York, Inc.	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+* y FBDE*
	H3533-002, 034-001, 002			
	LPPO	Humana Insurance Company of New York	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+* y FBDE*
Carolina del Norte	H5970-020, 026			
	HMO	Humana Medical Plan, Inc.	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H1036-167		Sin costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB, SLMB+*, QI, QDWI y FBDE*
	H1036-307		Sin costos compartidos de \$0	SLMB, QI y QDWI
	H1036-309	Humana WI Health Organization Insurance Corp	Sin costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB, SLMB+*, QI, QDWI y FBDE*
	H6622-027			
	LPPO	Humana Benefit Plan of Illinois, Inc.	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H5525-036			
	H5525-072		Sin costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB, SLMB+*, QI, QDWI y FBDE*
	H5525-073			
Ohio	HMO	Humana WI Health Organization Insurance Corp	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H6622-015			QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H6622-087	Humana Benefit Plan of Illinois, Inc.	Sin costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB, SLMB+*, QI, QDWI y FBDE*
	LPPO			
Oklahoma	H5525-046	Humana Insurance Company	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H5216-228, 331			
Pensilvania	LPPO	Humana WI Health Organization Insurance Corp	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H6622-078-001, 002			
	LPPO	Humana Insurance Company	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	H5216-227, 373			

* Indica las categorías de protección de costos compartidos para ese estado.

La fuente roja indica cambios para 2024.

Requisitos de elegibilidad

Estado	Tipo de plan y PBP del contrato	Entidad legal	Subtipo	Categorías de elegibilidad cubiertas
Puerto Rico	HMO - HIDE (AIP) H4007-016, 018, 019, 026, 027, 030	Humana Health Plans of Puerto Rico, Inc.	Sin costos compartidos de \$0	Afiliación a todas las personas con doble elegibilidad, cuando un territorio no tiene categorías "tradicionales" de elegibilidad de Medicaid/no tiene acceso a protección de costos compartidos/no tiene la "Ayuda Adicional" de la Concesión por bajos ingresos (LIS, por sus siglas en inglés).
Carolina del Sur	HMO H5619-082, 153	Arcadian Health Plan, Inc.	Costos compartidos de \$0	QMB+*, SLMB+* y FBDE*
Dakota del Sur	LPPO H5216-277	Humana Insurance Company	Costos compartidos de \$0	QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	HMO H0028-058	CHA HMO, Inc.	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
Tennessee	HMO H4461-022 H4461-038	Cariten Health Plan, Inc.	Costos compartidos de \$0	Se puede conservar a los afiliados existentes, pero no se puede afiliar personas nuevas. QMB+*, SLMB+* y FBDE* Se pueden afiliar personas nuevas: QMB*
Texas	HMO H0028-031, 032, 033, 034, 036, 044, 045, 064	CHA HMO, Inc.	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+* y SLMB+*
	LPPO H0473-006	Humana Insurance Company of Kentucky	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+* y SLMB+*
Utah	LPPO H5216-296	Humana Insurance Company	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
Virginia Occidental	HMO H5619-126	Arcadian Health Plan, Inc.	Sin costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB, SLMB+*, QI, QDWI y FBDE*
	H5619-162		Costos compartidos de \$0	QMB+*, SLMB+* y FBDE*
	LPPO H5216-220	Humana Insurance Company	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*
Washington	HMO H5619-136-001, 002, 003, 004	Arcadian Health Plan, Inc.	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+*, FBDE, SLMB y QI
	H5619-155			QMB*, QMB+* y SLMB+*
Wisconsin	HMO H2237-001, 007		Costos compartidos de \$0	Por determinar
Wyoming	LPPO H5525-053	Humana Benefit Plan of Illinois, Inc.	Costos compartidos de \$0	QMB*, QMB+*, SLMB+* y FBDE*

* Indica las categorías de protección de costos compartidos para ese estado.

La fuente roja indica cambios para 2024.

Resumen de beneficios

- Los proveedores de cuidado de la salud pueden ayudar a los afiliados a comprender sus beneficios accediendo a su Resumen de beneficios.
- El resumen contiene una comparación de los beneficios disponibles para el afiliado a través de Medicaid o Humana. Ofrece información de contacto estatal de Medicaid si se indica un referido o la coordinación de beneficios.
- Para acceder al resumen del plan del afiliado, se debe hacer lo siguiente:
 - Inicie sesión en Availity.com.
 - Seleccione “Patient Registration” (Afiliación del paciente) en la parte superior izquierda de la página.
 - Elija “Eligibility and Benefits Inquiry” (Consulta de elegibilidad y beneficios).
 - Complete el formulario “New Request” (Nueva solicitud) para buscar los beneficios del afiliado.
 - Revise la sección “Plan Maximums and Deductibles” (Máximas y deducibles del plan) para determinar si un afiliado cuenta con protección de costos compartidos. CSP significa que no se le puede facturar el saldo al afiliado.
 - Seleccione el enlace “Medicare Certificate of Coverage” (Certificado de cubierta de Medicare).
 - Acepte el descargo de responsabilidad que indica que está saliendo del sitio de Availity. Se abrirá la página de Internet de Humana donde puede buscar el plan del afiliado mediante el código postal.
 - Asegúrese de revisar la sección “Plan Maximums and Deductibles” (Máximas y deducibles del plan) para determinar si un afiliado cuenta con protección de costos compartidos (CSP).

* CSP significa que no se le puede facturar el saldo al paciente.

Modelo de cuidado de los SNP de Humana

Según lo dispuesto en la sección 1859(f)(7) de la Ley de Seguro Social, cada SNP debe tener un modelo de cuidado (MOC, por sus siglas en inglés) aprobado por el Comité Nacional de Garantía de Calidad (NCQA, por sus siglas en inglés). El MOC provee el marco básico mediante el cual cada SNP cubrirá las necesidades de los pacientes; sirve como base para promover procesos de calidad, de gestión del cuidado y de coordinación del cuidado de los SNP.

El MOC de Humana tiene 4 metas:

- Mejorar los resultados de los afiliados coordinando el cuidado y garantizando las transiciones en el cuidado.
- Mejorar el acceso de los afiliados a los servicios y beneficios, y la utilización de estos.
- Aumentar la satisfacción de los afiliados con su experiencia en el cuidado de la salud y su estado de salud.
- Garantizar la prestación de servicios eficiente desde el punto de vista económico.

Humana alcanza estas metas mediante lo siguiente:

- La realización de evaluaciones de riesgos para la salud (HRA, por sus siglas en inglés) para identificar las necesidades que representan un riesgo.
- El desarrollo de un plan de cuidado para abordar las necesidades identificadas.

HRA e ICP

Evaluaciones de riesgos para la salud (HRA)

- Se administran dentro de los 90 días de la afiliación y dentro de los 365 días de una evaluación previa.
- Producen un perfil de estado de salud actual y un puntaje general de riesgo.
- Permiten la estratificación de los pacientes en niveles de intervención (LOI, por sus siglas en inglés) para determinar el nivel mínimo de alcance proactivo.

Plan de cuidado individualizado (ICP, por sus siglas en inglés)

- Lo desarrolla el administrador de cuidados con aportes de los afiliados y de los proveedores de cuidado de la salud.
- Se basa en los resultados de la HRA y en los niveles de intervención (LOI).
- Incluye metas, objetivos, intervenciones y resultados medibles.
- Aborda servicios y beneficios específicos disponibles.
- El administrador de cuidados lo revisa y lo actualiza durante el proceso de reevaluación anual, cuando se produce un cambio significativo en el estado de salud del afiliado, a pedido del afiliado o cuando el administrador de cuidados lo considera necesario.
- Se reemplaza por un plan de cuidado básico cuando no es posible comunicarse con el afiliado o este se niega a participar.



Equipo de cuidado interdisciplinario (ICT)

- Humana reúne a un equipo de proveedores de diversas disciplinas profesionales que trabajan en conjunto para brindar cuidado.
- Los servicios se centran en la planificación del cuidado para apoyar al afiliado y optimizar su calidad de vida.
- Un equipo de cuidado interdisciplinario (ICT, por sus siglas en inglés) normalmente incluye a las siguientes personas:
 - El afiliado o los cuidadores del afiliado
 - El proveedor del afiliado
 - Los administradores y coordinadores de cuidado clínico de Humana
 - Los trabajadores sociales y proveedores de servicios sociales comunitarios
 - El profesional de la salud del comportamiento de Humana o del afiliado
- Al inicio del año calendario 2024, se recomienda que todos los afiliados que tengan un SNP realicen un encuentro en persona con un miembro del ICT.
 - Ejemplos de tipos que cualifican: la visita anual de bienestar que realiza el proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) cumple con los requisitos de los CMS, cuidado preventivo, tratamiento y manejo de condiciones de salud, actividades de administración de cuidados y salud del comportamiento.
 - El encuentro en persona debe completarse de manera presencial o mediante telesalud visual, interactiva y en tiempo real.



La función del proveedor de cuidado de la salud

- Recibir y revisar evaluaciones de riesgos para la salud, según corresponda.
- Completar el formulario de verificación de condiciones crónicas (VCC, por sus siglas en inglés) para los afiliados que tengan un C-SNP.
- Colaborar con el administrador de cuidados para desarrollar y modificar el plan de cuidado.
- Participar en conferencias sobre el cuidado, ya sea por teléfono, mediante el intercambio de comunicaciones escritas y, si es posible, en persona para promover la coordinación del cuidado.
- Promover las medidas de calidad del Conjunto de datos e información sobre la efectividad de los servicios de cuidado de la salud (HEDIS®, por sus siglas en inglés). Estas con las medias del HEDIS exclusivas para los SNP:
 - Reconciliación de los medicamentos tras el alta
 - Cuidado de adultos mayores

Planes de Necesidades Especiales para condiciones crónicas (C-SNP) y verificación de condiciones crónicas

- El C-SNP se vende únicamente en determinados estados: AR, FL, GA, IL, IN, IA, KS, KY, LA, MI, MS, MO, NV, NC, OH, OK, OR, SC, TN, TX, VA y WA
- Se le brinda al afiliado un formulario de VCC en blanco al momento de afiliarse, y luego se le envía un formulario prellenado con información demográfica con una Carta de acuse de recibo de la afiliación.
- Existen varias formas mediante las cuales los médicos/el personal del consultorio pueden verificar las condiciones crónicas:
 - Hay un botón de “Verification of Chronic Condition” (Verificación de la condición crónica) en Availity.
 - Se puede enviar el formulario por fax al 877-889-9936.
 - Se puede escanear el formulario y mandarlo por correo electrónico a VCC@humana.com
 - Se puede realizar la verificación de manera verbal llamando al 877-271-5229, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del este.
- Cuando se trabaja con afiliados que tienen un C-SNP, los administradores de cuidados pueden determinar si se ha recibido la VCC; si no se recibió, deben llamar al PCP para solicitar la verificación de la(s) condición(es) que cualifica(n) mediante cualquiera de los canales mencionados anteriormente.
- Las condiciones que cualifican se deben verificar dentro de los 60 días de la afiliación o se se desafiliará a la persona el último día de ese mes.

Elementos del MOC de los SNP: el administrador de cuidados personalizados

El administrador de cuidados actúa como el punto de contacto principal para los afiliados que tienen un SNP y es responsable de la implementación y la supervisión de todos los aspectos de la administración del cuidado. Las tareas del administrador de cuidados incluyen las siguientes:

- Actuar como el “director de orquesta” clínico y vincular a los afiliados y a los participantes del ICT
- Coordinar el cuidado del ICT: médicos, farmacia, etc.
- Administrar las HRA
- Ayudar con el ICP
- Planificar y respaldar las altas
- Educar a los afiliados y a sus cuidadores
- Ofrecer apoyo de la salud e investigaciones para los afiliados
- Conectar a los afiliados con recursos comunitarios y servicios sociales
- Brindar orientación para instrucciones anticipadas/el final de la vida

Recursos

Manual de Cuidado Administrado de Medicare

- [Capítulo 5](#)
- [Capítulo 16-B](#)

El artículo de MLN Matters sobre la facturación de saldos se puede encontrar [aquí](#):

MOC de los SNP: Consejería de CMS

- [Capítulo 5: Evaluación de calidad del Manual de cuidado administrado de Medicare](#)

Para obtener más información

- Visite Humana.com/Provider.
- Llame al Departamento de Relaciones con los Proveedores de Humana al **800-626-2741**.
- Comuníquese por correo electrónico a NNO_ProviderCompliance@Humana.com.
- Los asuntos sobre reclamaciones se pueden enviar a humanaproviderservices@humana.com.

Derechos a quejas formales, apelaciones y audiencias imparciales

Quejas formales

Humana
P.O. Box 14165
Lexington, KY 40512-4165

Teléfono: 800-457-4708 (TTY 711)
Quejas formales aceleradas: 800-867-6601
Fax: 888-556-2128

Apelaciones

Humana
P. O. Box 14168
Lexington, KY 40512-4168

Teléfono: 800-457-4708 (TTY 711)
Apelaciones aceleradas: 866-737-5113
Fax: 888-200-7440 (decisiones de cubierta aceleradas)

Derechos a audiencias imparciales

La ley federal exige que los programas estatales de Medicaid brinden la oportunidad de una audiencia imparcial a cualquier persona cuya reclamación para recibir ayuda sea rechazada o para la cual no se actúe rápidamente. Se puede obtener más información en la página de Internet del estado.

¿Tiene TIN adicionales para declarar?

Ingrese los TIN adicionales que no se ingresaron en el libro de registro cuando se registró inicialmente.