

# Humana Medicare Advantage Plan **privado de copago por servicios recibidos (PFFS)**

- Humana Gold Choice® PFFS (plan individual)
- Humana Medicare Grupal PFFS (plan de grupo patrocinado por el patrono)



Términos y condiciones de pago

**HUMANA**  
*Su consejero cuando más lo necesita*

## ÍNDICE

Secciones	Números de página
1. Introducción . . . . .	1
2. Cuándo se considera que un proveedor acepta los términos y condiciones de Humana Gold Choice® PFFS y Humana Medicare Grupal PFFS . . . . .	2
3. Cualificaciones y requisitos del proveedor . . . . .	3
4. Pago a proveedores: Pago del plan; Beneficios y costos compartidos del afiliado; Normas de notificación previa; Facturación del saldo a los afiliados; y Requisitos de exención de responsabilidad . . . . .	4-6
5. Presentación de una reclamación de pago . . . . .	7
6. Mantenimiento de expedientes médicos y facilitar las auditorías . . . . .	8
7. Obtener una determinación de cubierta con anticipación . . . . .	9
8. Proceso de resolución de querellas de pago del proveedor . . . . .	10
9. Apelaciones y quejas formales de afiliados y proveedores . . . . .	11
10. Entrega a los afiliados del aviso sobre sus derechos de apelación: requisitos para hospitales, SNF, CORF y HHA . . . . .	12
11. Si necesita más información o tiene preguntas . . . . .	13

# Planes PFFS de Humana

## ÍNDICE

## INTRODUCCIÓN

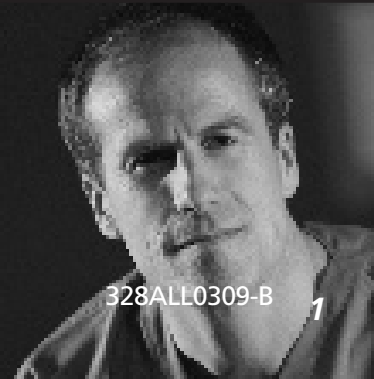
Humana Gold Choice® PFFS y Humana Medicare Grupal PFFS son planes privados de copago por servicios recibidos (*Private-Fee-for-Service* o PFFS) de Medicare Advantage ofrecidos por Humana. Los planes Humana Gold Choice PFFS y Humana Medicare Grupal PFFS permiten que los afiliados utilicen cualquier proveedor, como un médico, profesional de la salud, hospital u otro proveedor de Medicare en Puerto Rico, que acepte brindarle tratamiento al afiliado después de haber tenido la oportunidad de revisar estos términos y condiciones de pago, siempre y cuando el proveedor reúna los requisitos para prestar servicios de atención médica en virtud de la Parte A y la Parte B de Medicare (conocidas también como “Medicare Original”) o reúna los requisitos para recibir pagos de los planes Humana Gold Choice PFFS y Humana Medicare Grupal PFFS por beneficios que no están cubiertos en virtud de Medicare Original.

La ley estipula que, si usted tiene la oportunidad de revisar estos términos y condiciones de pago y brinda tratamiento a un afiliado de Humana Gold Choice PFFS o Humana Medicare Grupal PFFS, se considerará que tiene un contrato con nosotros. En la sección 2 se explica cómo funciona el proceso de consideración. El resto de este documento contiene el contrato que la ley nos permite considerar que se acuerda entre usted, el proveedor, y Humana.

Se considera que todo aquel proveedor en Puerto Rico que cumple con los criterios de consideración de la sección 2 tiene un contrato con Humana por los servicios prestados al afiliado cuando se cumplen las condiciones de consideración. **No se exige ninguna autorización previa, notificación previa ni referido como condición de la cubierta cuando se brindan servicios cubiertos por el plan y necesarios por razones médicas a un afiliado.** Sin embargo, el afiliado o el proveedor pueden solicitar una determinación de cubierta con anticipación antes de que se brinde un servicio a fin de confirmar que el servicio es necesario por razones médicas y estará cubierto por el plan. Recuerde que los términos autorización previa, notificación previa y determinación de cubierta con anticipación tienen diferentes significados. Las normas que rigen las autorizaciones y notificaciones previas se describen en la sección 4, y la determinación de cubierta con anticipación se describe en la sección 7.

# Planes PFFS de Humana

## INTRODUCCIÓN



## CUÁNDO SE CONSIDERA QUE UN PROVEEDOR ACEPTA LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE PAGO DE LOS PLANES PFFS DE MEDICARE ADVANTAGE DE HUMANA

Por ley, se **considera** que un proveedor tiene un contrato con Humana cuando se cumplen los siguientes tres criterios:

1. El proveedor tiene conocimiento, antes de prestar los servicios de atención médica, de que el paciente es afiliado de Humana Gold Choice PFFS o Humana Medicare Grupal PFFS. Todos nuestros afiliados reciben una tarjeta de identificación de afiliado que incluye el logotipo de Humana Gold Choice PFFS o Humana Medicare Grupal PFFS que claramente los identifica como afiliados de un plan PFFS. El proveedor puede validar aún más la elegibilidad si se comunica con nosotros al número del servicio para afiliados/proveedores que está en la tarjeta de identificación del afiliado o en **Humana.com**.
2. El proveedor tiene acceso razonable a nuestros términos y condiciones de pago (este documento) o cuenta con una copia del mismo. Los términos y condiciones están disponibles en nuestra página de Internet, **Humana.com**. También se puede llamar al Departamento de Relaciones con los Proveedores de Humana al 1-866-773-5959 para obtener los términos y condiciones.
3. El proveedor presta los servicios cubiertos al afiliado de Humana Gold Choice PFFS o Humana Medicare Grupal PFFS.

Si se cumplen estas condiciones en su totalidad, se considera que el proveedor ha aceptado los términos y condiciones de pago del plan PFFS de Medicare Advantage de Humana en lo que respecta a ese afiliado específicamente en esa consulta. **Nota:** Usted, el proveedor, puede decidir si acepta o no

los términos y condiciones de pago del plan PFFS de Medicare Advantage de Humana cada vez que atiende a un afiliado de Humana Gold Choice PFFS o Humana Medicare Grupal PFFS. La decisión de atender al afiliado de un plan no lo obliga a atender a otro afiliado de Humana Gold Choice PFFS o Humana Medicare Grupal PFFS, ni lo obliga a aceptar al mismo afiliado para brindarle tratamiento en una consulta posterior.

Por ejemplo: si un afiliado de Humana Gold Choice PFFS o Humana Medicare Grupal PFFS le muestra una tarjeta de afiliación que lo identifica como afiliado de Humana Gold Choice PFFS o Humana Medicare Grupal PFFS y usted le presta servicios a ese afiliado, usted será considerado un proveedor que se considera que ha asumido una responsabilidad contractual. Por lo tanto, le compete a usted hacerse con los términos y condiciones de pago y revisarlos antes de prestar los servicios, excepto en el caso de servicios de emergencia (consultar a continuación).

**Si usted NO desea aceptar los términos y condiciones de pago de los planes PFFS de Medicare Advantage de Humana, entonces no debe prestar servicios a ningún afiliado de Humana Gold Choice PFFS o Humana Medicare Grupal PFFS, excepto que se trate de servicios de emergencia. Si, pese a ello, usted efectivamente presta servicios que no son de emergencia, estará sujeto a estos términos y condiciones independientemente de que desee aceptarlos o no.** Los proveedores que presten servicios de emergencia serán tratados como proveedores no contratados y recibirán pagos en función de las cantidades que hubieran recibido en virtud de Medicare Original.

# Planes PFFS de Humana

## CUÁNDO SE CONSIDERA QUE UN PROVEEDOR ACEPTA LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE PAGO DE LOS PLANES PFFS DE MEDICARE ADVANTAGE DE HUMANA

## CUALIFICACIONES Y REQUISITOS DEL PROVEEDOR

A fin de que Humana le pague los servicios prestados a uno de nuestros afiliados, usted debe:

- Tener un número de identificación nacional de proveedores para presentar transacciones electrónicas ante Humana, de acuerdo con los requisitos de la HIPAA.
- Presentar sus reclamaciones por medios electrónicos siempre que sea posible. Para realizar transacciones no electrónicas, presente las reclamaciones con los formularios estándar CMS-1500, CMS-1450 o UB-04, o sus sucesores. Para obtener más detalles, consulte la sección 5, Presentación de una reclamación de pago.
- Estar autorizado o certificado por el estado y prestar servicios a un afiliado de Humana Gold Choice PFFS o Humana Medicare Grupal PFFS dentro del área de competencia de su autorización o certificación.
- Brindar únicamente los servicios cubiertos por nuestro plan y que sean necesarios por razones médicas en conformidad con las definiciones de Medicare.
- Cumplir con los requisitos de certificación de Medicare pertinentes (por ejemplo, si usted es un proveedor institucional, como un hospital o una facilidad de enfermería diestra).
- No haber optado por cancelar su participación en el programa Medicare en virtud de §1802(b) de la Ley del Seguro Social, a menos que preste servicios de emergencia o que se necesitan con urgencia.
- No formar parte de la lista de proveedores excluidos y sancionados de la Oficina del Inspector General de HHS.
- No ser un proveedor de atención médica federal, como un proveedor de la Administración de Veteranos, excepto cuando brinda atención de emergencia.
- Cumplir con la totalidad de las leyes, reglamentaciones e instrucciones del programa pertinentes de Medicare y de otros programas de atención de la salud federales pertinentes, incluidas las leyes que protegen los derechos de privacidad del paciente y la ley HIPAA que se aplican a los servicios cubiertos que se brindan a los afiliados.
- Aceptar cooperar con Humana para resolver cualquier queja formal de un afiliado que involucre al proveedor dentro del plazo exigido por la ley federal.
- En el caso de los proveedores que son hospitales, agencias para la atención médica en el hogar, facilidades de enfermería diestra o centros médicos de rehabilitación ambulatoria integral, entregar los avisos de apelación del beneficiario pertinentes (consultar la sección 10 para conocer los requisitos específicos).
- No cobrar al afiliado ninguna cantidad que supere el costo compartido, incluso en el caso de quiebra del plan.
- Ser un proveedor certificado por Medicare para brindar servicios complementarios.

# Planes PFFS de Humana

## CALIFICACIONES Y REQUISITOS DEL PROVEEDOR



## Pago del plan

Humana reembolsa a los proveedores que se considera han asumido una responsabilidad contractual la cantidad que hubieran recibido como médicos participantes o no participantes, según sea pertinente, en virtud de Medicare Original por los servicios cubiertos por Medicare menos todo costo compartido que deba pagar el afiliado, por todos los servicios necesarios por razones médicas cubiertos por Medicare. Además, la liquidación de ciertas metodologías de pago está disponible a petición. Cuando solicita una liquidación, el proveedor manifiesta y garantiza que ésta califica de acuerdo con las leyes, normas y reglamentaciones de CMS para la liquidación solicitada. Para obtener más información, comuníquese con su representante de proveedores.

Procesaremos y pagaremos las reclamaciones sin observaciones dentro de los 30 días de su recepción. Si una reclamación sin observaciones no se paga dentro del plazo de 30 días, pagaremos intereses sobre la reclamación de conformidad con las pautas de Medicare. En la sección 5 se incluye más información sobre las normas de pago puntual. El pago a los proveedores para el cual Medicare no cuenta con una tarifa de conocimiento público se basará en la cantidad estimada por Medicare. Para obtener información más detallada sobre nuestra metodología de pago para todos los tipos de proveedores, comuníquese con nosotros al número del servicio para afiliados/proveedores que está al dorso de la tarjeta de identificación del afiliado.

Los proveedores que se considera han asumido una responsabilidad contractual y presten dichos servicios deben aceptar la cantidad del cuadro de tarifas, menos el costo compartido pertinente del afiliado, como pago completo.

El pago de las cantidades de costo compartido es responsabilidad del afiliado. Cuando sea posible, los proveedores deben cobrarle al afiliado el costo compartido pertinente al momento de prestar el servicio. **Usted sólo puede cobrarle al afiliado los copagos o coaseguros que correspondan al plan Humana Gold Choice PFFS o Humana Medicare Grupal PFFS que se describen en estos términos y condiciones.** Después de cobrarle al afiliado el costo compartido, el proveedor debe facturar los servicios cubiertos a Humana. En la sección 5 encontrará las instrucciones para presentarnos reclamaciones. Si el afiliado es un beneficiario de Medicare con doble elegibilidad (es decir, el afiliado está inscrito en nuestro plan PFFS y en un programa Medicaid estatal) a quien el estado exime de pagar el costo compartido de Medicare, entonces el proveedor no puede cobrarle al afiliado ningún costo compartido en el momento de prestarle el servicio. En cambio, el proveedor sólo puede acudir a la agencia Medicaid estatal para cobrar las cantidades de costo compartido admisibles de Medicaid.

Para ver una lista completa de los servicios cubiertos y las cantidades de costo compartido a cargo del afiliado en virtud de los planes Humana Gold Choice PFFS o Humana Medicare Grupal PFFS, visite **Humana.com**. Puede comunicarse con nosotros al número del servicio para afiliados/proveedores que está al dorso de la tarjeta de identificación del afiliado para obtener más información sobre los beneficios cubiertos, las tarifas de pago de los planes y las cantidades de costo compartido a cargo del afiliado en virtud de los planes Humana Gold Choice PFFS o Humana Medicare Grupal PFFS. Recuerde tener en mano el número de identificación del afiliado cuando llame.

# Planes PFFS de Humana

## PAGO A PROVEEDORES

Los planes Humana Gold Choice PFFS o Humana Medicare Grupal PFFS siguen las decisiones de cubierta de Medicare para los servicios cubiertos por Medicare. Los servicios que no están cubiertos por Medicare tampoco están cubiertos por Humana Gold Choice PFFS o Humana Medicare Grupal PFFS, a menos que el plan lo especifique. En la sección 7 encontrará información sobre la forma de obtener una determinación de cubierta con anticipación. Los planes Humana Gold Choice PFFS o Humana Medicare Grupal PFFS no exigen que los afiliados o los proveedores obtengan una autorización previa, una notificación previa o referidos del plan como condición de la cubierta. Según el requisito de autorización previa, un plan les solicita a los beneficiarios o proveedores que obtengan la autorización del plan antes de recibir/prestar los servicios. Los afiliados de Humana Gold Choice PFFS o Humana Medicare Grupal PFFS no tienen este requisito. Para obtener información sobre las políticas de notificación previa de los planes Humana Gold Choice PFFS o Humana Medicare Grupal PFFS, consulte la sección "Normas de notificación previa" a continuación.

**Nota: Las pólizas suplementarias de Medicare, a las que se suele hacer referencia como planes Medigap, no pueden cubrir las cantidades de costo compartido de los planes Medicare Advantage, incluidos los planes PFFS. Todos los costos compartidos son responsabilidad del afiliado.**

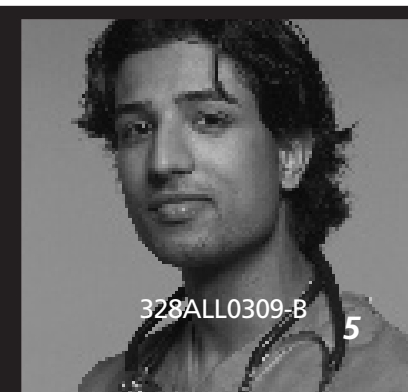
### Normas de notificación previa

No se requiere ninguna autorización previa o referido como condición de la cubierta cuando se prestan a los afiliados servicios cubiertos por el plan y necesarios por razones médicas. Sin embargo, como colaboración de su parte para que administremos mejor la atención de nuestros afiliados, le solicitamos que nos notifique *previamente* cuando el afiliado vaya a recibir alguno de los siguientes servicios:

- Admisión en un hospital, centro de rehabilitación aguda, centro de cuidados intensos a largo plazo, facilidad de enfermería diestra o centro de salud mental y hospitalización parcial/centro residencial de tratamiento
- Estadías para observación
- Desfibriladores cardioversores implantables automáticos (*Automatic Implantable Cardioverter Defibrillators* o AICD)
- Cirugía de fusión lumbar y cervical
- Cirugías por obesidad
- Servicios de trasplante
- PET Scan/Registro PET de Oncología Nacional (*National Oncology PET Registry* o NOPR)
- Servicios de terapia ambulatoria, como terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla
- Atención de maternidad

Para preguntas sobre si Humana Gold Choice PFFS o Humana Medicare Grupal PFFS pagarán los servicios, puede solicitar una determinación de cubierta con anticipación (*advanced coverage determination* o ACD) en nombre del afiliado antes de prestar el servicio.

Los planes Humana Gold Choice PFFS o Humana Medicare Grupal PFFS no requieren que el afiliado o el proveedor presenten una notificación previa al plan como condición para cubrir los servicios. Para presentar una notificación previa, llame al 1-866-773-5959 o visite **Humana.com**. Para obtener más información sobre nuestras normas de notificación previa, visite la página de Internet de Humana, **Humana.com**, o comuníquese con nosotros al número del servicio para afiliados/proveedores que está al dorso de la tarjeta de identificación del afiliado.



## **Facturación del saldo a los afiliados**

El proveedor sólo puede cobrarles a los afiliados de Humana Gold Choice PFFS o Humana Medicare Grupal PFFS la cantidad del costo compartido pertinente según el plan y no puede imponer ningún otro cargo o facturar ninguna otra tarifa a los afiliados. Se prohíbe la facturación del saldo por parte de los proveedores que se considera han asumido una responsabilidad contractual que prestan servicios cubiertos por el plan a los afiliados de Humana Gold Choice PFFS o Humana Medicare Grupal PFFS.

## **Requisitos de exención de responsabilidad**

En ninguna circunstancia, lo que incluye pero no se limita a, falta de pago por parte de Humana, insolvencia de Humana o incumplimiento de

estos términos y condiciones, un proveedor que se considera ha asumido una responsabilidad contractual facturará, impondrá un cargo, cobrará un depósito, procurará un resarcimiento, una remuneración o un reembolso, o interpondrá un recurso contra un afiliado o contra personas que actúen en su nombre, por servicios cubiertos por el plan prestados según estos términos y condiciones. Esta disposición no prohibirá el cobro de cualquier coaseguro, copago o deducible pertinente que se haya facturado de acuerdo con los términos del plan de beneficios del afiliado.

Si a un afiliado se le cobra un cargo por error o incorrectamente, usted debe efectuar un reembolso por ese cargo en beneficio del afiliado.

## PRESENTACIÓN DE UNA RECLAMACIÓN DE PAGO

- Debe presentar una reclamación a Humana por un servicio cubierto por Medicare Original dentro del mismo plazo que debería presentarla según Medicare Original, es decir, dentro de los 15-27 meses a partir de la fecha del servicio. La impuntualidad en la presentación de las reclamaciones puede tener como consecuencia la falta de pago. Los criterios para la presentación de reclamaciones de Medicare Original se encuentran en la sección 70 del Capítulo 1 del Manual de procesamiento de reclamaciones de Medicare ubicado en <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c01.pdf>.
- **Pago puntual:** Humana procesará y pagará las reclamaciones sin observaciones en el término de 30 días a partir de la recepción. Si una reclamación sin observaciones no se paga dentro del plazo de 30 días, Humana pagará intereses sobre la reclamación de conformidad con las pautas de Medicare. Una reclamación sin observaciones incluye la información mínima necesaria para ser adjudicada, sin exceder la información requerida por Medicare Original. Humana procesará todas las reclamaciones observadas y notificará a los proveedores la determinación tomada en el término de 60 días a partir de la recepción de dichas reclamaciones.
- Para presentar las reclamaciones, utilice los formularios estándar CMS-1500, CMS-1450 (UB-04) o el formato de presentación electrónica que corresponda.
- Utilice las mismas normas de codificación y pautas de facturación que las de Medicare Original, incluidos los códigos CPT de Medicare, los códigos HCPCS y los modificadores definidos. Facture los códigos de diagnóstico con el máximo nivel de especificidad.
- Incluya lo siguiente en las reclamaciones:
  - Número de identificación nacional de proveedores
  - Número de identificación del afiliado
  - Identificación de Medicare
  - Fecha(s) de servicio
- Los proveedores a quienes se les paga sobre la base de tarifas provisionales deben incluir con la reclamación una copia de las tarifas provisionales actuales si la tarifa provisional ha cambiado desde la presentación de una reclamación anterior.
- Coordinación de los beneficios: se aplican todas las normas de pagador secundario de Medicare. Estas normas se encuentran en el Manual de pagador secundario de Medicare ubicado en <http://www.cms.hhs.gov/Manuals/IOM/list.asp>. Los proveedores deben identificar la cubierta principal y suministrar la información a Humana en el momento de facturar.
- Dónde presentar una reclamación:
  - Para la presentación electrónica de reclamaciones, puede utilizar el centro de intercambio de reclamaciones electrónicas (*clearinghouse*) que utiliza actualmente, Inmediata o Availity. Quienes en este momento presentan reclamaciones por medios electrónicos a Humana pueden seguir utilizando el mismo proceso que usan ahora.
  - Para la presentación de reclamaciones impresas, envíe por correo las reclamaciones en papel a la dirección que está al dorso de la tarjeta de identificación del afiliado o a:

**Humana**  
**P.O. Box 14601**  
**Lexington, KY 40512-4601**
- Si tiene dificultades para presentarnos las reclamaciones o tiene alguna pregunta relacionada con la facturación, llame a nuestro centro técnico de facturación al número del servicio para afiliados/proveedores que está al dorso de la tarjeta de identificación del afiliado.

# Planes PFFS de Humana

## PRESENTACIÓN DE UNA RECLAMACIÓN DE PAGO



## MANTENIMIENTO DE EXPEDIENTES MÉDICOS Y FACILITAR LAS AUDITORÍAS

Los proveedores que se considera han asumido una responsabilidad contractual deberán mantener expedientes médicos y registros financieros y administrativos puntuales y precisos relacionados con los servicios que prestan a afiliados de Humana Gold Choice PFFS o Humana Medicare Grupal PFFS. A menos que los estatutos o las reglamentaciones pertinentes exijan un período más prolongado, el proveedor deberá mantener dichos expedientes y registros durante al menos 10 años a partir de la fecha del servicio. Los proveedores que se considera han asumido una responsabilidad contractual deben aceptar mantener los expedientes médicos de conformidad con las normas de la industria y entregar dichos expedientes a Humana o a quien Humana designe en respuesta a su petición y dentro de un plazo razonable. Los proveedores que se considera han asumido una responsabilidad contractual deben permitir el acceso a Humana, al Departamento de Salud y Servicios Humanos, al Contralor General, o a las personas por ellos designadas, a todo libro, contrato, expediente médico, documentación de la atención brindada al paciente y otros registros que

el proveedor mantenga con relación a los servicios prestados a beneficiarios de Medicare inscritos en un plan Medicare Advantage, de conformidad con las leyes de privacidad federales y estatales. Dichos registros pueden utilizarse para actividades en las siguientes situaciones: auditorías de los datos de ajuste del riesgo a cargo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (*Centers for Medicare & Medicaid Services* o CMS) y Humana; auditorías a cargo de CMS; fraudes y abusos; cumplimiento de las reglamentaciones federales; determinaciones de Humana con respecto a si los servicios están cubiertos en el plan, son razonables y necesarios por razones médicas, si se facturó al plan correctamente por el servicio, si el servicio se codificó adecuadamente, y para formular determinaciones de cubierta con anticipación. Humana no utilizará las revisiones de los expedientes médicos para crear barreras artificiales que pudieran demorar el pago a los proveedores. Tanto el suministro voluntario como el obligatorio de los expedientes médicos deben regirse por las disposiciones de la ley de privacidad HIPAA.

# Planes PFFS de Humana

## MANTENIMIENTO DE EXPEDIENTES MÉDICOS Y FACILITAR LAS AUDITORÍAS

## OBTENER UNA DETERMINACIÓN DE CUBIERTA CON ANTICIPACIÓN

Los proveedores pueden optar por solicitarnos por escrito una determinación de cubierta con anticipación (ACD, por sus siglas en inglés, también conocida como determinación de la organización) antes de prestar un servicio a fin de confirmar que el servicio es necesario por razones médicas y estará cubierto por los planes Humana Gold Choice PFFS o Humana Medicare Grupal PFFS. Para obtener una determinación de cubierta con anticipación, todas las solicitudes se deben presentar por escrito y enviar por correo a:

**Humana Medicare Advantage**  
**Determinación de Cubierta con Anticipación**  
**P.O. Box 195560**  
**San Juan, PR 00919-5560**

Las solicitudes de ACD por escrito también se pueden enviar por fax al 1-800-595-0462. Humana tomará una decisión y se la comunicará dentro de los 14 días de haber recibido la solicitud, con una posible extensión de 14 días ya sea porque el afiliado

lo solicite o porque Humana fundamente que la demora redundaría en beneficio del afiliado. En los casos en los cuales usted considere que la espera de una decisión dentro de este plazo podría poner en grave peligro la vida o la salud del afiliado o su posibilidad de recuperar el máximo de su capacidad funcional, puede solicitar una determinación acelerada. A tal fin, comuníquese con nosotros al número del servicio para afiliados/proveedores que está al dorso de la tarjeta de identificación del afiliado o envíe una solicitud de ACD por fax al 1-800-595-0462. En el caso de las determinaciones aceleradas, le comunicaremos nuestra decisión en 72 horas.

A falta de una determinación de cubierta con anticipación, Humana puede negar retroactivamente el pago de un servicio prestado a un afiliado si determinamos que el servicio no estaba cubierto por nuestro plan o no era necesario por razones médicas. Sin embargo, los proveedores tienen derecho a impugnar nuestra decisión, para lo cual deben solicitar una querrela de pago o ejercer los derechos de apelación del afiliado.

# Planes PFFS de Humana

## OBTENER UNA DETERMINACIÓN DE CUBIERTA CON ANTICIPACIÓN



## PROCESO DE RESOLUCIÓN DE QUERELLAS DE PAGO DEL PROVEEDOR

Si considera que el cargo que recibió por un servicio es inferior al cargo indicado en nuestros términos y condiciones de pago, tiene derecho a impugnar el cargo, para lo cual deberá seguir nuestro proceso de resolución de querellas.

Para presentar una querella de pago ante Humana, envíe una querella por escrito a:

**Humana Medicare Advantage**  
**Attn: Resolución de Querellas de PFFS**  
**P.O. Box 195560**  
**San Juan, PR 00919-5560**

Además, debe presentar la documentación adecuada que fundamente su querella de pago. Debe incluir su nombre, dirección, número de identificación del afiliado y los motivos de la querella de pago. Envíe cualquier expediente médico justificativo, nota u otra información que explique por qué debería pagarse el servicio. Las reclamaciones deben impugnarse dentro de los 180 días a partir de la fecha en la que el proveedor recibió inicialmente el pago.

Revisaremos su querella y le responderemos dentro de 30 días. Si estamos de acuerdo con su querella de pago, le pagaremos el cargo adicional con el interés que se adeude. Le informaremos por escrito si se rechaza su querella de pago.

Una vez que haya completado el proceso de resolución de querellas de Humana, si considera que hemos tomado una decisión incorrecta con respecto a su querella de pago, puede presentar una solicitud de revisión de esta determinación a una entidad independiente contratada por CMS. Para presentar una solicitud de revisión de una querella de pago ante una entidad independiente, puede comunicarse directamente con la entidad a través de alguno de los siguientes medios:

**Correo electrónico:** si la presentación y los documentos relacionados no contienen información de salud que permita identificar a la persona (*personal health information* o PHI) (o se ha ocultado toda PHI), la solicitud de revisión de la decisión sobre la querella de pago se puede enviar a una casilla de correo electrónico especial, [IREPFFS@FCISO.com](mailto:IREPFFS@FCISO.com).

**Fax:** 1-904-361-0551

**Correo:** los proveedores pueden enviar por correo solicitudes en papel para la adjudicación de querellas de pago a la siguiente dirección:

**First Coast Service Options, Inc.**  
**Querellas de Pago de PFFS**  
**P.O. Box 44017**  
**Jacksonville, FL 32231-4017**

# Planes PFFS de Humana

## PROCESO DE RESOLUCIÓN DE QUERELLAS DE PAGO DEL PROVEEDOR

## APELACIONES Y QUEJAS FORMALES DE AFILIADOS Y PROVEEDORES

Los afiliados de Humana Gold Choice PFFS o Humana Medicare Grupal PFFS tienen derecho a presentar apelaciones o quejas formales cuando tengan inquietudes o problemas relacionados con la cubierta o la atención. Los afiliados tienen derecho a apelar una decisión de Humana de denegar la cubierta o el pago de un servicio o beneficio que consideran que debería estar cubierto o ser pagado. Los afiliados deben presentar una queja formal para todos los demás tipos de quejas.

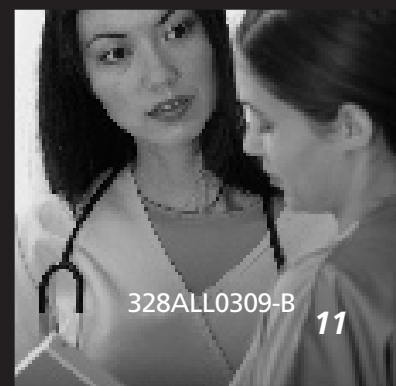
El proveedor puede apelar decisiones en nombre de un afiliado en calidad de representante designado o apelar en ejercicio de su propio derecho a través del proceso de apelaciones del afiliado. Para ello, deberá firmar una exención de responsabilidad (en la cual se compromete a mantener indemne al afiliado independientemente del resultado). Debe existir la potencial responsabilidad del afiliado (por ejemplo, se rechaza una reclamación, en contraposición a una determinación de cubierta con anticipación, por no

ser necesaria por razones médicas o no ser un servicio cubierto) a fin de que el proveedor pueda apelar mediante el proceso de apelación del afiliado. Si usted apela en ejercicio de su propio derecho, acepta regirse por los estatutos, las reglamentaciones, las normas y las pautas pertinentes al proceso de apelaciones y quejas formales de los afiliados de PFFS de Medicare.

En la Evidencia de Cubierta (EOC) de los planes Humana Gold Choice PFFS o Humana Medicare Grupal PFFS se suministra información más detallada sobre el proceso de apelaciones y quejas formales del afiliado. La EOC de los afiliados está publicada en **Humana.com**. Puede comunicarse con nosotros al número del servicio para afiliados/proveedores que está al dorso de la tarjeta de identificación del afiliado de Humana Gold Choice PFFS o Humana Medicare Grupal PFFS para obtener más información sobre nuestras políticas y nuestros procedimientos para apelaciones y quejas formales de los afiliados.

# Planes PFFS de Humana

## APELACIONES Y QUEJAS FORMALES DE AFILIADOS Y PROVEEDORES



## ENTREGA A LOS AFILIADOS DEL AVISO SOBRE SUS DERECHOS DE APELACIÓN: REQUISITOS PARA HOSPITALES, SNF, CORF Y HHA

Los hospitales deben notificar a los beneficiarios de Medicare que sean pacientes internos sobre sus derechos de apelación del alta. En tal sentido, deben cumplir con los requisitos de envío del Mensaje importante de Medicare (*Important Message* o IM), que incluye los plazos de entrega. Para obtener copias del aviso e información adicional sobre este requisito, visite: [http://www.cms.hhs.gov/BN1/12\\_HospitalDischargeAppealNotices.asp](http://www.cms.hhs.gov/BN1/12_HospitalDischargeAppealNotices.asp).

Las facilidades de enfermería diestra, las agencias de atención de la salud en el hogar y los centros médicos de rehabilitación ambulatoria integral deben notificar a los beneficiarios de Medicare sobre su derecho a apelar una decisión de finalización de los servicios. En tal sentido, deben cumplir con los requisitos de envío de la Notificación de no cubierta de Medicare (*Notice of Medicare Non-Coverage* o NOMNC), que incluye los plazos de entrega. Para obtener copias de la notificación y las instrucciones para enviarla, visite: <http://www.cms.hhs.gov/MMCAG/Downloads/NOMNCForm.pdf> y <http://www.cms.hhs.gov/MMCAG/Downloads/NOMNCInstructions.pdf>.

Además, el proveedor debe enviar una copia de toda NOMNC que haya emitido a:

**Humana Medicare Advantage**  
**P.O. Box 195560**  
**San Juan, PR 00919-5560**

Humana hará llegar a los afiliados una explicación detallada si el afiliado notifica a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (*Quality Improvement Organization* o QIO) que desea apelar una decisión sobre un alta hospitalaria o la finalización de los servicios de una agencia de atención de la salud en el hogar, un centro médico de rehabilitación ambulatoria integral o una facilidad de enfermería diestra dentro de los plazos especificados por la ley.

# Planes PFFS de Humana

## ENTREGA A LOS AFILIADOS DEL AVISO SOBRE SUS DERECHOS DE APELACIÓN: REQUISITOS PARA HOSPITALES, SNF, CORF Y HHA

**SI NECESITA MÁS INFORMACIÓN  
O TIENE PREGUNTAS**

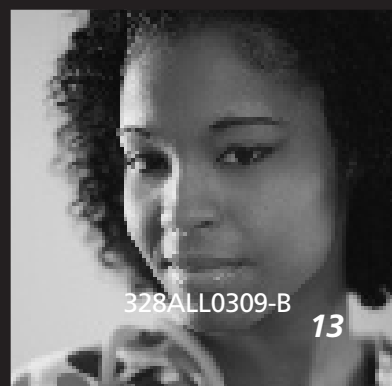
Si tiene preguntas generales sobre los términos y condiciones de pago de los planes PFFS de Medicare Advantage de Humana, comuníquese con nosotros a:

Humana Medicare Advantage  
Attn: Proveedores  
383 FD Roosevelt Ave.  
San Juan, PR 00918-2131  
Teléfono: 1-866-773-5959  
Fax: 1-787-622-5815  
Horario de atención: de lunes a viernes,  
de 8:30 a. m. a 5:30 p. m.

- Si tiene otras preguntas sobre la presentación de reclamaciones, comuníquese con nosotros al número del servicio para afiliados/proveedores que está al dorso de la tarjeta de identificación de Humana Gold Choice PFFS o Humana Medicare Grupal PFFS del afiliado.
- Si tiene preguntas sobre los pagos del plan, comuníquese con nosotros al número del servicio para afiliados/proveedores que está al dorso de la tarjeta de identificación de Humana Gold Choice PFFS o Humana Medicare Grupal PFFS del afiliado.

# Planes PFFS de Humana

**SI NECESITA MÁS INFORMACIÓN  
O TIENE PREGUNTAS**



**HUMANA**<sup>®</sup>  
*Su consejero cuando más lo necesita*