



# Beneficios cubiertos – Rite Care

## Beneficios cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, usted tiene cobertura para los siguientes servicios. (Recuerde siempre mostrar su tarjeta de identificación de miembro cuando recibe servicios. La tarjeta confirme su cobertura.) Si un proveedor le dice que UnitedHealthcare no cubre un servicio y aun así quiere recibirlo, usted podría ser responsable del pago. Siempre puede llamar a Servicio para Miembros al **1-800-587-5187, TTY: 711** para realizar preguntas sobre beneficios.

Beneficios	Cobertura
<b>Servicios de aborto</b>	No cubiertos, salvo para preservar la vida de la mujer o en caso de violación o incesto.
<b>Servicios para adultos durante el día</b>	Cubiertos cuando los ordene un médico de la red.
<b>Tratamiento por abuso de sustancias y de alcohol</b>	<b>Pacientes hospitalizados:</b> Cubiertos. Incluye tratamiento de día, hospitalización parcial y tratamiento residencial, excepto para tratamientos residenciales para niños que fueran ordenado por el Department of Children, Youth and Families (DCYF) y excepto por el tratamiento por abuso de sustancias en residencia para niños de 13 a 17 años de edad. Los servicios de tratamiento residencial cubiertos no incluyen habitación ni alimentación. (Se puede acudir a Butler Hospital para recibir servicios).  <b>Pacientes ambulatorios:</b> Cubiertos. Incluye mantenimiento de metadona, detoxificación de metadona en pacientes ambulatorios, visitas colaterales y servicios ordenados por la corte, provistos por un proveedor de la red.

## Beneficios

Beneficios	Cobertura
<b>Cirugía estética</b>	No cubierta, salvo que sea una cirugía médicamente necesaria para tratar una enfermedad o lesión, a fin de restaurar o brindar una función. Se cubre la reconstrucción de senos después de una mastectomía.
<b>Atención dental</b>	<b>Emergencia:</b> Cubierto. Tratamiento de emergencia para controlar dolor, hemorragia, infección o lesión accidental. <b>Rutina:</b> Cubierto. Chequeos y tratamiento por medio de su tarjeta de Medicaid o su tarjeta de Rlte Smiles (para los niños nacidos a partir del 1 de mayo de 2000).
<b>Atención dental para niños</b>	Cubre limpiezas, exámenes, tratamiento con fluoruro, radiografías, empastes y coronas a través de Rlte Care. Para los niños elegibles para Medicaid nacidos a partir del 1 de mayo de 2000. Algunos servicios no están cubiertos bajo este plan, pero usted podría obtenerlos de otras agencias. UnitedHealthcare Community Plan puede ayudar a coordinar los servicios.
<b>Diabetes</b>	Cubre educación, visitas y suministros (medidores de glucosa, tiras reactivas, bisturís, dispositivos para inyectar insulina, jeringas y zapatos ortopédicos).
<b>Diálisis</b>	Cubiertos.
<b>Medicamentos</b> (recetados y de venta libre)	Cubiertos. Sustitutos genéricos requeridos, salvo que el proveedor de la red indique lo contrario. Algunos medicamentos recetados requieren autorización previa. Muchos de los medicamentos de venta libre están cubiertos, incluso aquellos para dejar de consumir nicotina. Los medicamentos para tratar la disfunción sexual o eréctil no están cubiertos.
<b>Equipos médicos duraderos</b> (Durable Medical Equipment, DME)	Cubiertos cuando los solicita un médico de la red. Incluye implantes quirúrgicos, dispositivos protésicos, dispositivos ortopédicos, tecnología asistencial y suministros médicos si son cubiertos por el programa de Medicaid.

## Beneficios

Beneficios	Cobertura
<b>Servicios de intervención temprana</b>	Para niños de hasta 3 años.
<b>Servicios de Exámenes, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos (Early Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment, EPSDT)</b>	Cubiertos para todos los niños y jóvenes hasta los 21 años. Incluye exámenes periódicos, evaluaciones multidisciplinarias y tratamiento en niños con discapacidades o retrasos en el desarrollo significativos.
<b>Clases de educación</b> (Sobre el nacimiento, para padres, para dejar de fumar, sobre diabetes, asma, nutrición, etc.)	Cubiertas.
<b>Servicios de la sala de emergencias</b>	Cubiertos.
<b>Transporte de emergencia</b>	Cubierto.
<b>Procedimientos experimentales</b>	No cubiertos, salvo cuando un estado ordene la cobertura.
<b>Atención oftalmológica</b>	<p><b>Para adultos:</b> Exámenes oftalmológicos de rutina, incluso refracciones y un par de anteojos, según corresponda, en un período de 2 años. Exámenes y tratamiento de enfermedades o lesiones según lo ordene su PCP. Se cubren los exámenes oftalmológicos anuales y lentes para miembros que tienen diabetes; se cubren los marcos solo cada 2 años.</p> <p><b>Para niños menores de 21 años:</b> Cubierta (incluso anteojos).</p>

## Beneficios

Beneficios	Cobertura
<b>Métodos de planificación familiar</b> (recetados y no recetados)	Cubiertos. Limitados a doce suministros para 30 días por año. Los anticonceptivos cubiertos incluyen anticonceptivos orales, DIU, capuchón cervical, diafragma y Depo-Provera. Los métodos cubiertos no recetados incluyen espuma, gel espermicida y condones. Anticonceptivos de emergencia según corresponda. Se cubre la esterilización en muchos casos. Debe reunir los requisitos estatales y federales, y firmar el Formulario de Consentimiento de Medicaid de Rhode Island, al menos, 30 días antes.
<b>Servicios de planificación familiar</b>	Los miembros mujeres inscritos podrán elegir proveedores de servicios de planificación familiar.
<b>Terapia auditiva</b>	Cubierta.
<b>Servicios y terapia de atención médica a domicilio</b>	Cubierta cuando la solicita un proveedor de la red.
<b>Cuidados paliativos para enfermos terminales</b>	Cubiertos cuando los solicita un médico de la red, hasta un máximo de 210 días de por vida solamente para cuidados paliativos.
<b>Atención hospitalaria</b>	Cubierta: no cubre la habitación privada, salvo que sea médicamente necesario.
<b>Tratamientos de infertilidad</b>	No están cubiertos.
<b>Intérpretes</b>	Cubiertos. Llame a Servicios para Miembros. Requiere un aviso con 72 horas de anticipación. Servicios de lenguaje de señas requieren 2 semanas de antelación.
<b>Análisis de laboratorio</b>	Cubiertos cuando los solicita un proveedor de la red.
<b>Terapia del lenguaje</b>	Cubierta cuando la solicita su PCP.
<b>Equipo médico</b>	Cubierto cuando lo solicita un proveedor de la red.

# Beneficios

Beneficios	Cobertura
<b>Salud mental</b> (pacientes hospitalizados y ambulatorios)	Cubiertos. El miembro podrá remitirse para servicios ambulatorios a un proveedor de la red. Incluye el tratamiento durante el día y residencial. Requiere autorización previa de Optum Behavioral Health al <b>1-800-435-7486</b> . Se puede acudir a Butler Hospital para recibir servicios.
<b>Transporte médico para casos que no sean de emergencia</b>	Cubierto por LogistiCare. Podría recibir diez pases para autobús por mes para las citas médicas. En caso de no poder acceder a un autobús, LogistiCare podría establecer servicios de taxi o de camioneta para las citas y los tratamientos. Las visitas de rutina requieren un aviso de 48 horas de anticipación. Las visitas urgentes y por enfermedad requieren un aviso de dos horas.
<b>Casas de reposo</b> (Centros de enfermería especializada)	Cubiertas cuando lo solicita un proveedor de la red.
<b>Asesoramiento nutricional</b>	Cubierto cuando lo solicita un proveedor de la red. Remisiones solo a un dietista certificado.
<b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b> (incluye terapia física, ocupacional, auditiva, respiratoria y del lenguaje)	Cubiertos cuando lo solicita un proveedor de la red. Incluye servicios cubiertos que se brindan en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios.
<b>Imágenes para pacientes ambulatorios</b>	Cubiertos. Se cubren MRI, CT y escáneres PET con una autorización previa.
<b>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</b> (cardíacos, físicos, ocupacionales y del habla)	Cubiertos cuando lo solicita un proveedor de la red.
<b>Servicios de médicos</b>	Cubiertos. Incluso anestesia para cirugía dental y oral, lo que incluye la articulación temporomandibular (temporomandibular joint, TMJ). Hasta 1 visita anual y 5 visitas ginecológicas a un proveedor de la red para recibir servicios de planificación familiar (cubiertas sin remisión de un PCP). Inmunizaciones y vacunas cubiertas (salvo en caso de viaje).

## Beneficios

Beneficios	Cobertura
<b>Servicios de atención posteriores a la estabilización</b>	Cubiertos cuando se relaciona con una afección médica de emergencia, los cuales son brindados luego de que se estabiliza la afección.
<b>Atención de podiatría (para pies)</b>	Cubierta cuando la solicita un proveedor de la red.
<b>Atención durante el embarazo</b>	Cubierta. Incluye una hospitalización mínima de 48 horas después de un parto vaginal y 96 horas después de un parto por cesárea, a menos que la madre solicita un alta temprana. También incluye la atención posparto, servicios de lactancia y extractores de leche.
<b>Habitación privada en el hospital</b>	No se cubre salvo que sea médicamente necesario.
<b>Servicios de centros médicos escolares</b>	Cubiertos en todos los centros designados. Servicios limitados a beneficios cubiertos.
<b>Servicios de otros profesionales</b>	Cubiertos si los solicita un proveedor de la red. Los profesionales certificados y autorizados por el estado de Rhode Island, incluso profesionales de enfermería, asistentes de médicos, trabajadores sociales, dietistas autorizados, psicólogos y parteras certificadas.
<b>Servicios fuera del estado de Rhode Island</b>	No se cubren salvo que sean proporcionados por un proveedor de la red o si un beneficio cubierto no se encuentra disponible dentro de la red.
<b>Servicios fuera de los Estados Unidos</b>	No se cubren.
<b>Cirugía</b> (ambulatoria, emergencia, hospitalización, reconstructiva)	Cubierta cuando la solicita un proveedor de la red. Se cubre la cirugía de emergencia. Se cubren las segundas opiniones quirúrgicas.
<b>Pruebas – Diagnóstico</b>	Se cubren análisis de laboratorio (de sangre y de orina, etc.), radiografías y otras pruebas de diagnóstico cuando las solicita un proveedor de la red.
<b>Servicios de trasplante</b>	Cubiertos cuando los solicita un médico de la red.