



Bienvenido a la **comunidad.**

Arizona – Octubre de 2017

Manual para Miembros de Cuidados de Largo Plazo

UnitedHealthcare Community Plan es un plan de Medicaid para Cuidados a Largo Plazo; los servicios cubiertos están financiados bajo contrato con AHCCCS.

© 2017 United Healthcare Services, Inc. Todos los derechos reservados.
CSAZ17MC4081922_000



Tabla de contenido

- Contact Numbers 5
- Bienvenido a UnitedHealthcare Community Plan. 6
- Servicios para Miembros. 6
- Visite nuestro sitio en internet 7
- Qué es un Administrador de Casos y cómo comunicarse con su Administrador de Casos 8
- Cuidados después de las horas de trabajo/Cuidados Urgentes. 9
- Servicios de crisis de salud conductual 9
- Servicios competentes culturales, materiales en formatos alternativos y servicios de interpretación 10
- Proveedores de la red 10
- Condados a los que damos servicios 11
- Como trabaja la administración de los cuidados 11
- Verificación de elegibilidad 12
- Su tarjeta de identificación 12
- Responsabilidades como miembro. 13
- Si se muda fuera del condado, estado o país. 14
- Para cambiar su plan. 14
- El programa de transición de ALTCS 15
- Transición de los cuidados si usted cambia de planes 15
- Emergencia médica 16
- Transporte de emergencia. 17
- Transporte (no de emergencia) 17
- Servicios cubiertos 18
- Servicios no cubiertos. 24
- Servicios de casa-habitación. 27
- Ubicación residencial 27

Cuidados terminales	29
Especialistas, referencias y auto-referencia	29
Acceso a los servicios	30
Cómo elegir un proveedor de atención primaria (PCP)	31
¿Cómo cambio de proveedor de atención primaria?	31
¿Cómo hago una cita?	32
¿Cómo puedo participar en mis cuidados para mí salud?	33
¿Qué tipos de cuidados para niños están disponibles?	34
Cuidados de maternidad y de pos-parto	35
Servicios de planificación familiar	37
Hogares dentales	38
Para obtener sus medicamentos de receta (drogas)	39
Monitoreo de medicamentos de receta	40
Servicios de salud conductual	40
Servicios especializados para miembros que tienen una Seria Enfermedad Mental	42
Visión de Arizona para la prestación de servicios para la salud conductual	43
Los doce principios para la prestación de los servicios para niños	43
Nueve principios para servicios y sistemas orientados a la recuperación de salud conductual de adultos	47
Clínicas interdisciplinarias de múltiples especialidades	49
Autorización previa	50
Costos compartidos	51
¿Puede un proveedor mandarme una factura?	51
Medicare y otros seguros	52
Beneficio de medicamentos recetados de Medicare y miembros de AHCCCS	53
Para presentar una queja o reclamación	55
Proceso de reclamación de los miembros	55
Reclamaciones para razones no relacionadas con una Seria Enfermedad Mental (SMI)	55

Reclamaciones/Solicitud para una investigación para razones relacionadas a una Seria Enfermedad Mental (SMI)	56
Notificación de una determinación adversa de beneficios	57
Apelaciones por los miembros	58
Apelaciones no relacionadas con una Seria Enfermedad Mental (SMI)	58
Apelaciones de determinación de SMI y de otras razones relacionadas a SMI	61
Derechos como miembro	64
Su derecho para una directriz anticipada	65
Fraude y abuso	69
Recursos comunitarios	71
Agencias sobre el envejecimiento de su área local	74
Apoyo y defensa	75
Apoyo para la salud conductual	76
Los defensores de ALTCS y sistemas de apoyo	77
Defensor del pueblo para cuidados a largo plazo	77
Centros para una vida independiente	78
Ayuda legal	79
Beneficios de Discapacidad 101	81
Arizona Center for Disability Law (ACDL)	81
Casa-Habitaciones para personas con bajos ingresos	81
Recursos dentales de la comunidad	82
Oficinas de atención a largo plazo de Arizona	88
Definiciones para la Administración de los Cuidados	90
Definiciones de los servicios de cuidados de maternidad	92
Aviso del plan de salud sobre la no discriminación	94
Avisos del plan de salud sobre las prácticas de privacidad	95

Información importante

Servicios para Miembros **1-800-293-3740, TTY 711**

De lunes a viernes, 8:00 a.m. – 5:00 p.m., hora de Arizona.

Después de las horas de oficina **1-800-377-2055, option 1**

En caso de emergencia, marque 911

Mi número de identificación de ALTCS es: _____

El nombre de mi Administrador de Casos es: _____

El número de teléfono de mi Administrador de Casos es: _____

El nombre de mi médico es: _____

El número de teléfono de mi médico es: _____

Mis números para transporte que no sea de emergencia son:

Medical Transportation Brokerage of Arizona (MTBA)

Línea para reservas: **1-888-700-6822, TTY 711**

(Llame a este número para solicitar un traslado)

Las reservas deben realizarse de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. en el horario local.

Para realizar una reserva, llame con al menos 3 días hábiles (excepto los fines de semana y los días festivos) de anticipación, pero no más de 2 semanas antes de su cita programada.

Los miembros también contactar a la administración médica, autorización
previa e información sobre los proveedores de servicios dentales al **1-800-293-3740, TTY 711**

Fecha de revisión: Octubre de 2017

UnitedHealthcare Community Plan • 1 E. Washington, Suite 800 • Phoenix, AZ 85004



Bienvenido a

UnitedHealthcare Community Plan

Nos complace tenerlo como miembro. Esperamos poder satisfacer sus necesidades de atención médica. UnitedHealthcare Community Plan es una organización para la atención médica administrada. Eso significa que toda la atención y los servicios médicos que los miembros reciben deben ser solicitados y brindados por un doctor o proveedor de cuidados de salud registrado con AHCCCS.

UnitedHealthcare Community Plan es un contratista de Arizona Long Term Care System (ALTCS).

Este Manual para Miembros le ayudará a encontrar servicios, a comprender como trabajan los cuidados administrados y proveerle con valiosos recursos.

ALTCS.

ALTCS es lo mismo que Medicaid. Fue creado por la Administración del Sistema para la Contención de Costos de la Atención Médica de Arizona (Arizona Health Care Cost Containment Administration, AHCCCSA) para brindar atención de cuidados a largo plazo a las personas elegibles en Arizona que no pueden pagar determinados servicios relacionados con la salud.

Servicios para Miembros

Servicio para miembros está aquí para ayudarlo con cualquier pregunta. Puede informarle sobre lo siguiente:

- Su membresía.
- Servicios de UnitedHealthcare Community Plan.
- Cómo cambiar su doctor (PCP).
- Qué es una reclamación.
- Cómo comunicarse con su Administrador de Casos.
- Ayudar a responderle otras preguntas que pueda tener.

Servicios para Miembros puede proporcionarle material sobre lo siguiente:

- Vivir con una enfermedad crónica.
- Prevenir caídas en su casa.
- Comer alimentos saludables.
- Recibir atención de salud conductual.

Usted puede obtener una copia gratuita del manual para miembros comunicándose con Servicios para Miembros al **1-800-293-3740, TTY 711**, de lunes a viernes de 8:00 a.m. to 5:00 p.m.

Visite nuestro sitio en internet — UHCCommunityPlan.com

Contiene recursos e información útil. Por ejemplo:

- Información acerca de UnitedHealthcare Community Plan.
- Artículos para miembros como una copia electrónica del Manual para miembros y nuestros boletines informativos.
- Cómo comunicarse con nosotros.
- Enlaces a otros planes de UnitedHealthcare Community Plan.
- Enlaces al sitio en internet del Sistema de Reducción de Costos de Atención Médica de Arizona (Arizona Health Care Cost Containment System, AHCCCS).
- Cómo encontrar un médico.
- Cómo encontrar una farmacia.
- Cómo encontrar un medicamento de receta.
- Cómo inscribirse.
- Cómo presentar una apelación, reclamación o queja.
- Preguntas frecuentes.
- Enlaces a información de salud.
- Educación para miembros.
- Resultados de las encuestas.
- Enlaces a información acerca de sus beneficios o visite directamente: myuhc.com/communityplan.

Qué es un Administrador de Casos y cómo comunicarse con su Administrador de Casos

Un Administrador de Casos es una persona que lo ayuda a establecer y programar sus cuidados. Obtendrá un Administrador de Casos cuando se inscriba. Se comunicará con usted en el transcurso de los 7 días hábiles posteriores a su inscripción.

Su Administrador de Casos no puede brindarle atención médica. Debe acudir a su médico o enfermero para recibir atención médica. Su Administrador de Casos lo ayudará a organizar sus servicios y lo referirá para que reciba esos servicios. Lo ayudará con cualquier necesidad de salud conductual, médica o servicio social. También lo ayudará a alcanzar sus objetivos personales, esto se denomina Fortalecimiento de miembros.

Escriba el nombre y el número de teléfono de su Administrador de Casos en el reverso de la portada de este manual.

Cómo contactar a su Administrador de Caso.

Su Administrador de Caso le dará usted su tarjeta de negocios con los números de teléfono para contactar al Administrador de Caso y a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan. Su Administrador de Caso revisará la información con usted cada vez que se entrevisten. Por favor, llame a su Administrador de Caso si tiene cualquier necesidad ó pregunta en el período de tiempo entre sus visitas con el Administrador de Caso. Si usted no tiene el teléfono de su Administrador de Caso, por favor llame al **1-800-293-3740, TTY 711**. El representante del centro de llamadas le ayudará a contactar a su Administrador de Caso.

Cuidados después de las horas de trabajo/ Cuidados Urgentes

Si no es una emergencia y su PCP no se encuentra disponible, usted puede obtener servicios en un centro de cuidados de urgencia.

Si usted no está seguro si los síntomas que presenta amenazan su vida:

- Contacte a la Línea de enfermeras al **1-877-440-0255 (TTY 1-800-855-2880)** disponible las 24 horas del día.
- Llame a su PCP.
- Llame a su Administrador de Caso.

Consulte el directorio de proveedores para conocer cuáles son los centros de cuidados urgentes dentro de la red.

Servicios de crisis de salud conductual

Si tiene una EMERGENCIA psiquiátrica no es necesario que llame al 911, puede utilizar el sistema de crisis de la comunidad.

Condado de Maricopa EMPACT for Mobile Crisis Mercy Maricopa Integrated Care	480-784-1500 602-222-9444 1-800-631-1314 llamada gratuita 1-800-327-9254 TTY – para personas con problemas de audición
Condados de Pima, Santa Cruz, Yuma, La Paz, Pinal y Gila Cenpatico Integrated Care	1-866-495-6735 llamada gratuita 1-877-613-2076 TTY – para personas con problemas de audición
Condados de Coconino, Mohave, Apache, Navajo y Yavapai Health Choice Integrated Care	1-877-756-4090 llamada gratuita 1-800-367-8939 TTY – para personas con problemas de audición

Servicios competentes culturales, materiales en formatos alternativos y servicios de interpretación

Los cuidados competentes culturales son cuando se tiene conocimiento y habilidad para obtener resultados positivos. Esto incluye al lenguaje, los estilos de vida, los valores, las creencias y actitudes. Pide que materiales culturalmente sensitivos, traducidos o impresos en formatos alternativos se provean sin costo adicional para usted. Contacte a su Administrador de Caso o llame a Servicios para Miembros al **1-800-293-3740, TTY 711**.

Los apoyos auxiliares son servicios o aparatos que ayudan a las personas que sufren de discapacidades en sus habilidades sensoriales, manuales o del habla para que tengan la misma oportunidad de participación dentro del plan de salud. Estos apoyos se proveen, cuándo son solicitados, sin ningún costo para usted. Estos formatos alternos incluyen: materiales impresos en letras de mayor tamaño, materiales en otros idiomas y materiales en audio o en formatos electrónicos. Llame a su Administrador de Caso o llame a Servicios para Miembros al **1-800-293-3740, TTY 711**.

Si el inglés no es su idioma principal, podemos proporcionarle a un intérprete sin costo alguno para usted. Llame a su Administrador de Caso o llame a Servicios para Miembros al **1-800-293-3740, TTY 711**.

Si usted es sordo o tiene problemas de audición, podemos proporcionarle a un intérprete en el Lenguaje de Señas Americano sin costo alguno para usted. Llame a su Administrador de Caso o llame a Servicios para Miembros al **1-800-293-3740, TTY 711**.

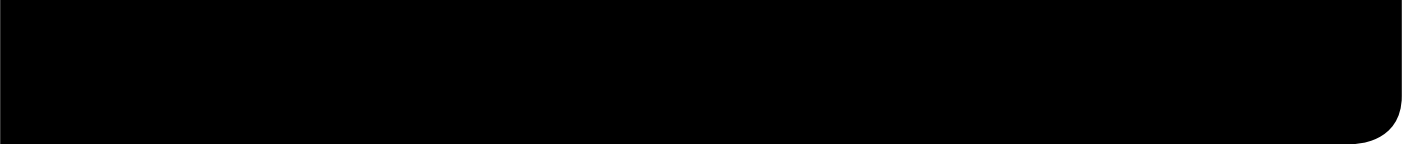
Para encontrar a un proveedor que hable otro idioma además de inglés vea la sección de la Red de proveedores abajo anotada para más detalles.

Proveedores de la red

Una red de proveedores es un grupo de personas que brindan servicios y que contratan con UnitedHealthcare Community Plan. Su Administrador de Caso le ayudará a escoger a los proveedores que se encuentran dentro de la red. Si a usted le gustaría seleccionar a un proveedor basándose en la conveniencia, localización o preferencia cultural, puede indicárselo a su Administrador de Caso.

Los miembros pueden encontrar información adicional acerca de la red de proveedores de acuerdo a lo siguiente:

- Capacidades lingüísticas y culturales, incluyendo los idiomas que ofrece el proveedor o a un intérprete médico capaz en la oficina del proveedor.
- Oficinas que faciliten el acceso a los miembros con discapacidades físicas, empleando al directorio de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan en: **www.uhccommunityplan.com**.



Los miembros también pueden usar la herramienta de localización de doctores, la cual es una herramienta de búsqueda empleada para localizar a un doctor, hospital, u otro proveedor de los cuidados de salud o a un establecimiento. Esta herramienta le permite a usted hacer una búsqueda por categorías específicas. Los miembros puede usar el siguiente enlace directo para emplear la herramienta para encontrar a un doctor (Doctor Lookup): http://www.americhoice.com/find_doctor/first.jsp?xplan=uhcaz&xtitle=Doctor#find-a-provider.

Los miembros pueden recibir una copia impresa del directorio de proveedores, gratuitamente contactando a su Administrador de Caso o llamando a Servicios para Miembros al **1-800-379-2740, TTY 711**.

Condados a los que damos servicios

UnitedHealthcare Community Plan es un contratista para el Sistema de Cuidados a Largo Plazo de Arizona (Arizona Long Term Care System, ALTCS). Brindamos servicios en los condados de Apache, Coconino, Gila, Maricopa, Mohave, Navajo, Pinal, y Yavapai.

Como trabaja la administración de los cuidados

Usted, su médico y nuestro Administrador de Casos trabajan juntos en un plan de cuidados médicos. Para nuestro Administrador de Casos, uno de los primeros pasos es llevar a cabo una evaluación con usted. El Administrador de Casos programará llamadas telefónicas y visitas domiciliarias para satisfacer sus necesidades. Usted tiene la responsabilidad de trabajar con su doctor, al que se le conoce como PCP. Un Proveedor de Atención Primaria (PCP) es su doctor o enfermera. Él o ella le brindan sus tratamientos médicos y clínicos. Su PCP puede también referirle a un especialista. Su PCP trabaja con usted para administrar los cuidados para las necesidades que usted tiene. Hable con su PCP para conocer cuáles son los cuidados de salud que usted necesita.

Es importante que usted sea honesto y franco en sus comunicaciones con su doctor y que siga las instrucciones que reciba de su PCP. Su PCP podrá identificar los servicios que usted necesita para mantenerse saludable.

Verificación de elegibilidad

Si tiene una licencia de conducir de Arizona o una identificación emitida por el estado, AHCCCS solicitará su fotografía a la División de Vehículos Motorizados (Motor Vehicle Division, MVD) del Departamento de Transporte de Arizona. Cuando los proveedores accedan a la pantalla de verificación de elegibilidad de AHCCCS, verán su fotografía (si está disponible) con los detalles de su cobertura.

Su tarjeta de identificación



Su tarjeta de identificación se enviará por correo a la dirección de su solicitud al ALTCS. Si no recibe su tarjeta dentro de algunas semanas después de haberse inscrito, llame a Servicios para Miembros al **1-800-293-3740, TTY 711** para solicitar una nueva.

Cuando reciba su tarjeta de identificación:

- Revise su nombre. Si algo está mal, llame a Servicios para Miembros al **1-800-293-3740, TTY 711**.
- Siempre proteja su tarjeta de identificación. Si la pierde o se la roban, llame a Servicios para Miembros al **1-800-293-3740, TTY 711**.
- Si pierde su elegibilidad, la tarjeta se inactivará. Si es elegible de nuevo o si cambia de planes, se le enviará una nueva tarjeta por correo.
- El uso indebido de su tarjeta, incluyendo el prestarla, venderla o dársela a otras personas podría resultar en la pérdida de su elegibilidad y/o a recibir penas judiciales.

NO TIRE SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN A LA BASURA.

Ejemplo de la tarjeta.

	
Health Plan (80840) 911-03432-06	
AHCCCS ID#: 9999993041	
Member: NEW S ENGLISH	Group: AZLTC Long Term Care
Member Services: (800) 293-3740 After Hours Member Services: (800) 377-2055	Rx Bin: 610494 Rx Grp: ACUAZ Rx PCN: 9999
Member Identification Card ARIZONA HEALTH CARE COST CONTAINMENT SYSTEM	

Frente

<small>Printed: 05/11/16</small>
Carry this card with you at all times. Present it when you get service. You may be asked for a picture ID. Using the card inappropriately is a violation of law. This card is not a guarantee for services.
To verify benefits: visit myUHC.com/Communityplan or call 1-800-293-3740 TTY 711
For Providers: uhcommunityplan.com Claims: PO Box 5290, Kingston, NY, 12402-5290 Notification: 1-800-377-2055 Eligibility: 1-800-293-3740
Pharmacy Claims: OptumRX, PO Box 29044, Hot Springs, AR 71903 For Pharmacists: 877-305-8952

Reverso

Responsabilidades como miembro

Usted tiene la responsabilidad:

Utilizar los servicios.

- Formular preguntas si no entiende sus derechos o el plan de tratamiento.
- Asistir a sus citas.
- Cancelar las citas por adelantado cuando no pueda asistir.
- Comunicarse con su PCP si tiene necesidades médicas que no son de emergencia.
- Obtener la aprobación de su PCP antes de ir a un especialista.
- Comprender cuándo debe y no debe ir a una sala de emergencias.
- Saber a quién llamar si necesita un transporte médico u otro servicio cubierto.
- Tratar a los proveedores y el personal del plan de salud con respeto y dignidad.

Proporcionar información.

- Informar a su PCP y Administrador de Casos sobre su salud y cualquier cambio que tenga.
- Informar a Servicios para Miembros y a su Administrador de Casos sobre los cambios en su seguro de Medicare, Medicare HMO o privado. Esto incluye agregar o finalizar otro seguro.
- Hablar con sus proveedores y su Administrador de Casos sobre su atención médica. Hacer preguntas sobre las formas de tratar sus problemas de salud.
- Informar a su Administrador de Casos y a AHCCCS si el número de personas en su familia cambia, si se muda o si sus ingresos cambian.

Seguir las instrucciones.

- Trabajar en equipo con su PCP y Administrador de Casos para decidir qué cuidados de salud son los mejores para usted.
- Comprender que acciones de su parte pueden afectar a su salud.
- Hacer todo lo que esté a su alcance para mantenerse sano.
- Tratar a los proveedores y al personal con respeto.

Si se muda fuera del condado, estado o país

Llame a su Administrador de Casos antes de mudarse a otro condado, estado o país.

Si se muda a un condado que NO está dentro del área de cobertura de UnitedHealthcare Community Plan, tendrá que cambiar su plan de salud. Debe hacer el cambio por escrito y entregarlo a su Administrador de Casos. UnitedHealthcare Community Plan enviará la solicitud al nuevo plan de salud de esa área.

Si se muda fuera del estado o país, debe firmar una forma de cancelación de inscripción. Los servicios no están disponibles fuera de los Estados Unidos. Esta forma menciona que usted ya no será miembro del programa ALTCS y UnitedHealthcare Community Plan.

Si se encuentra fuera de Arizona o de su condado de residencia por poco tiempo, solo puede recibir servicios de emergencia. Antes de abandonar Arizona o el condado, informe la ausencia o el viaje a su Administrador de Casos.

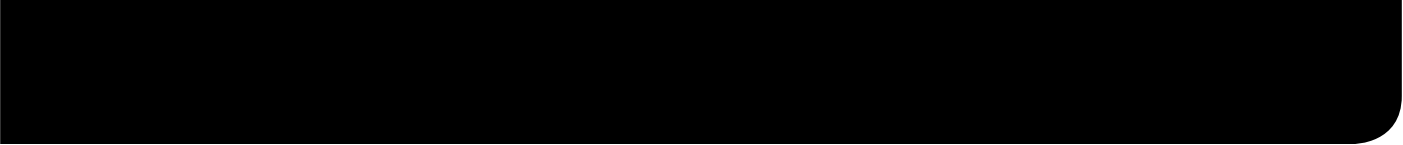
Para cambiar su plan

Puede cambiar su contratista de programa (Plan):

- Para continuidad de la atención.* La continuidad de los cuidados de salud cuándo se cambia de planes es muy importante. Es un proceso que involucra a usted, a su PCP, a su administrador de caso y a todos los miembros de su equipo para los cuidados de salud.
- Si obtiene información sobre los proveedores disponibles que no es correcta.*
- Si ALTCS no le dio una opción cuando se inscribió.*
- Durante la inscripción abierta anual.*
- Si usted y un miembro de su familia tienen planes diferentes.*
- Si terminamos un contrato con el centro/establecimiento en el cual vive.*
- Si el centro/establecimiento en el cual vive termina el contrato con nosotros.*
- Si se muda a un condado donde no somos el proveedor de ALTCS, su Administrador de Casos solicitará el cambio de plan en su nombre. Solicitará que el proveedor de ALTCS para dicho condado lo acepte.

**Se aplica solamente si reside en los condados de Maricopa y Pima.*

Póngase en contacto con su Administrador de Casos para pedir una solicitud de cambio de contratista del programa si desea cambiar de plan.



Si su solicitud es por continuidad de cuidados médicos, los directores médicos de ambos planes deben acordar que el cambio es necesario. De lo contrario, su solicitud será denegada. Si su solicitud es denegada, será informado al respecto. Tiene derecho a apelar.

Si vive en los condados de Maricopa o Pima, una vez al año, el AHCCCS le enviará información sobre cómo cambiar su plan. Esto se denomina inscripción abierta.

El programa de transición de ALTCS

Un programa de transición es para miembros que ya no necesitan un centro de convalecencia pero pueden necesitar otros servicios de atención a largo plazo. Los miembros de transición de ALTCS cuya afección empeora en poco tiempo pueden recibir hasta 90 días corridos de atención médicamente necesaria en un centro de convalecencia por vez.

Incluso si la atención en un centro de convalecencia no es médicamente necesaria, es posible una estadía a corto plazo utilizando nuestro beneficio de descanso, un servicio de ALTCS basado en el hogar y la comunidad.

El programa de transición se aplica solo a los miembros actuales y no a los miembros inscritos recientemente.

Transición de los cuidados si usted cambia de planes

Si usted cambia de planes por cualquier razón, su actual plan de salud y el nuevo plan trabajarán conjuntamente para que no haya ningún retraso en los servicios y para que usted continúe teniendo acceso a los servicios de sus cuidados de salud.

Emergencia médica

Una emergencia médica repentina con síntomas agudos. Sin atención médica inmediata, una emergencia puede representar un riesgo grave para su salud. Los problemas menores, como un resfrío, una erupción, o cortaduras y hematomas pequeños, por lo general, no constituyen una emergencia. Generalmente, pueden tratarse consultando a su médico. Usted y su Administrador de Casos deben analizarlos y programar las consultas necesarias con un PCP.

En caso de una emergencia, llame al 9-1-1.

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, llame al **9-1-1** o diríjase a la sala de emergencias más cercana **inmediatamente**:

- Peligro de muerte o de pérdida de una extremidad.
- Dolor en el pecho.
- Envenenamiento o sobredosis de medicamentos o drogas.
- Falta de aire o problemas para respirar.
- Hemorragia severa.
- Desmayo.
- Pérdida del habla.
- Inconsciencia.
- Accidente automovilístico.
- Incapacidad repentina para moverse.
- Asalto.

Puede ir a una sala de emergencia (emergency room, ER) del hospital o a otro centro de atención de emergencia (dentro o fuera de la red). Al llegar, muestre TODAS sus tarjetas de ID. Si se dirige a la sala de emergencias, informe a su PCP y a su Administrador de Casos **en el transcurso de los 2 días/48 horas, o lo antes posible**. La atención de emergencia no requiere autorización. **Si necesita atención de seguimiento, su PCP se encargará.** Usted debe consultar con su PCP dentro de los primeros 7 días después de salir del hospital.

Si recibe servicios de emergencia, pídale al hospital o al doctor que le envíe los expedientes médicos a su PCP. Llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan si recibe servicios de emergencia. Muestre su tarjeta de ID de ALTCS. Si se dirige a una sala de emergencias, diga al personal:

- Que pertenece al ALTCS.
- Que su plan de salud es UnitedHealthcare Community Plan.
- Que envíe su historia clínica a su PCP.

Si usted no puede brindar dicha información, pídale a un amigo o familiar que lo haga.

Transporte de emergencia

El transporte y la atención de emergencia están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Llame al **9-1-1** o a su número local de emergencia.

Tan pronto como pueda, **llame a su PCP y a su Administrador de Caso**. Si usted no puede llamar, pídale a un amigo o familiar que lo haga. Si vive en una casa de asistencia o centro de residencia asistida, comuníquese al personal. El personal se encargará de solicitar el transporte de emergencia y la atención de emergencia para usted.

Transporte (no de emergencia)

Es posible que necesite ir al consultorio de su médico, pero no tenga transporte. Su Administrador de Casos lo ayudará a conseguir un transporte, ó puede llamar directamente a **Medical Transportation Brokerage of Arizona (MTBA)**. Llame a **MTBA** para organizar transporte médico que no sea de emergencia.

Medical Transportation Brokerage of Arizona (MTBA).

Línea de reservaciones: 1-888-700-6822, TTY 711	Llame a este número para obtener transporte.
Línea de ayuda para el transporte: 1-888-700-6822, TTY 711	Llame a este número si su transporte se ha retardado.

Cómo programar el transporte

- Las solicitudes para traslados de atención médica deben realizarse de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. (hora de Arizona).
- El traslado a casa desde las citas médicas está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Debe llamar a este número con al menos 3 días hábiles (incluidos los fines de semana y días festivos) de anticipación para realizar una reservación. Esto le proporciona a MTBA tiempo para organizarlo. No llame más de 2 semanas antes de su cita.

Su Administrador de Casos lo ayudará. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con él o ella. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-293-3740, TTY 711**.

Su transporte lo dejará en el lugar de su cita dentro de un período de tiempo de no más de una hora. Es decir que no tendrá que esperar más de una hora para ver a su médico. No tendrá que esperar más de una hora después de llamar para solicitar un traslado a su casa.

Cómo cancelar un transporte.

Si sus necesidades cambian, llame tan pronto como sea posible para cancelar su transporte.

Servicios cubiertos

Sus servicios de atención médica deben ser provistos por un profesional de atención médica que trabaje con AHCCCS y UnitedHealthcare Community Plan. Algunos servicios necesitan nuestra aprobación antes de que usted reciba la atención. El proveedor debe obtener la aprobación. Esto se conoce como autorización previa. No tiene que pagar por los servicios cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan.

UnitedHealthcare Community Plan solamente cubre los servicios que lo ayudarán a estar mejor. Esto se denomina necesario desde el punto de vista médico. Es importante para AHCCCS que usted reciba los servicios menos costosos que le produzcan el mismo resultado. Esto se denomina eficaz con relación al costo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Exámenes para la audición por razones médicas, como paciente hospitalizado o ambulante.
- Reconstrucción de mama después de una mastectomía.
- Servicios de quiropráctica para miembros menores de 21 años de edad.
- Implantes cocleares para miembros menores de 21 años de edad.
- Pacientes hospitalizados o ambulantes.
- Cirugía ambulatoria.
- Servicios de emergencia, atención de emergencia las 24 horas, transporte de emergencia y sala de emergencia. (Los servicios de emergencia no requieren autorización previa.)
- Servicios de médicos.
- Servicios en una Clínica de salud rural o un Centro de atención médica con certificación federal.
- Análisis de laboratorio, radiografías y diagnóstico médico por imágenes.
- Servicios de farmacia. Los miembros deben obtener los medicamentos del Formulario de UnitedHealthcare Community Plan. Esta es una lista de los medicamentos que proporcionará UnitedHealthcare Community Plan. Ingrese en **UHCCCommunityPlan.com** para verla, ó bien llame a su Administrador de Casos. La cobertura puede incluir ciertos medicamentos excluidos de la Parte D si se encuentra en un plan de la Parte D de Medicare (Part D Plan, PDP).
- La mayoría de los suministros médicos y equipos médicos duraderos como: sillas de ruedas, andadoras, oxígeno, etc.
- El transporte médicamente requerido para viajes de emergencia y los que no sean de emergencia están cubiertos cuando sean necesarios. Comuníquese con su Administrador de Casos para obtener información sobre los diferentes tipos de servicios de transporte.
- Planificación familiar. Incluye pastillas anticonceptivas, suministros y dispositivos; procedimientos quirúrgicos para causar esterilidad (incapacidad para reproducirse), retraso o prevención del embarazo.

- Servicios de maternidad, que incluyen atención prenatal, trabajo de parto, parto y atención posnatal. Las mujeres pueden tener acceso directo a proveedores de ginecología y obstetricia de la red sin una referencia.
- Ginecología. Las mujeres tienen acceso directo a un ginecólogo dentro de la red sin necesidad de una referencia del proveedor de atención primaria. Los servicios preventivos están cubiertos, como la evaluación del cáncer de cerviz o la referencia para una mamografía.
- Asesoramiento y pruebas de VIH.
- Terapias incluyendo: terapia ocupacional, física, respiratoria, terapia de audición y terapia del habla.
- La terapia ocupacional, física y del habla están cubiertas en el hospital para pacientes hospitalizados (o en el centro de enfermería) o como paciente ambulatorio.
- AHCCCS cubre los cuidados que sean médicamente necesarios para los pies y tobillos, incluyendo cirugías de reconstrucción, provistas por un podólogo con licencia u otro proveedor o doctor con licencia cuando el doctor de atención primaria o proveedor de atención primaria del miembro lo haya ordenado.
- Servicios de diálisis.
- Enfermero privado, si es una necesidad médica.
- Atención especial para niños.
- Servicios preventivos incluidos, entre otros, servicios de diagnóstico como evaluación del cerviz, que incluye prueba de Papanicolau cada año para las mujeres que son sexualmente activas, mamografías cada año después de los 40 años de edad y a cualquier edad si se consideran médicamente necesarias, evaluación del cáncer colorectal y evaluación de infecciones transmitidas sexualmente.
- Trasplantes de algunos órganos requeridos médicamente.
 - Los servicios de trasplante deben ser autorizados previamente.
 - Los trasplantes se deben realizar en un centro de trasplante aprobado por AHCCCS.
- Los tratamientos médicos para condiciones de los ojos, excluyendo los exámenes médicos para anteojos o lentes de contacto y anteojos o lentes de contacto, con la excepción después de cirugía de cataratas para miembros que tengan 21 o más años.
- Para los miembros que tengan 21 años o más, cuidados de emergencia para condiciones de los ojos que reúnen la definición como condición médica de emergencia. Además, remoción de cataratas y exámenes médicamente necesarios de la visión, lentes de prescripción y armazones están cubiertos, si son necesarios después de una remoción de cataratas.
- Exámenes de los ojos para anteojos o lentes de contacto y los anteojos o lentes de contacto para miembros menores de 21 años de edad.
- Cuidados dentales de rutina y emergencia para miembros menores de 21 años de edad.
- Servicios previamente cubiertos por Servicios de rehabilitación para niños.
- Alimentación médica metabólica.

- Las visitas para el bienestar (exámenes de bienestar) incluyendo, entre otros, exámenes de bienestar para la mujer, exámenes de las mamas y exámenes de próstata están cubiertos para los miembros de 21 años y más. La mayoría de las visitas de bienestar (también denominadas o exámenes físicos) incluyen una historia clínica, un examen físico, evaluaciones de salud, asesoramiento sobre la salud y vacunas que sean necesarias. (consulte Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos (Early Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment, EPSDT) para obtener información sobre los exámenes de bienestar para miembros menores de 21 años).
- Servicios limitados médicos y quirúrgicos por un dentista para miembros de 21 o más años.
- Servicios dentales de emergencia para miembros de 21 años o más. Los servicios tienen un límite hasta un total por \$1,000 por un período de 12 meses, iniciándose el 1º de octubre hasta el 30 de septiembre de cada año.
- Beneficios dentales para miembros adultos que tengan 21 años de edad ó más. Los servicios tienen un límite hasta un total por \$1,000 por un período de 12 meses, iniciándose el 1º de octubre hasta el 30 de septiembre de cada año. Los servicios con cobertura incluyen dentaduras y cuidados preventivos dentales (revisiones, limpieza de dientes, radiografías, si son necesarios, tratamientos de fluoruro). Usted también puede tener beneficios como empastes o tapaduras, tratamientos de canales, extracciones simples, coronas u otros servicios dentales. Si usted necesita de trabajos más elaborados debe revisar el plan primero para asegurarse que esos servicios estarán cubiertos.
- Calzoncillos para adulto– Los calzoncillos para adulto tienen cobertura cuando existe una condición médica, como un sarpullido o infección en la piel. Estos calzoncillos también se llaman pañales para adulto. Puede ser necesario tener una autorización previa. Estos pañales tienen cobertura cuando se emplean para evitar o prevenir el deterioro de la piel **para los miembros del programa ALTCS que sean de 21 años o mayores cuando:**
 - Se tenga una condición médica que causa incontinencia. (Una condición en la cual no hay control para orinar ó defecar) y
 - Se recibe una prescripción médica para el uso de pañales, y
 - El número de pañales necesarios durante un mes es por menos de 180, a menos que el doctor demuestre que es necesario tener más de 180 pañales al mes, y
 - Los pañales se obtienen de los proveedores del Plan de Salud, y
 - El doctor ha obtenido la aprobación del Plan de Salud.
- Los aparatos ortopédicos – Los aparatos ortopédicos son dispositivos que ayudan a una parte débil o deforme del cuerpo.
 - Para los miembros menores de 21, aparatos ortopédicos están cubiertos cuando son prescritos por el proveedor de atención primaria del miembro, médico de cabecera u otro médico.

- Los aparatos ortopédicos están cubiertos para los miembros que tienen 21 años de edad y mayores cuando:
 - El aparato ortopédico es médicamente necesario como el tratamiento preferido en base a las guías de Medicare, y
 - El aparato ortopédico cuesta menos que cualquier otro tratamiento para la misma condición, y
 - El aparato ortopédico es ordenado por un doctor o proveedor de atención primaria (enfermera médica o asistente médico).
- Observación médica en un hospital
- Histerectomía (médicamente necesaria)


Servicios cubiertos de salud conductual.

- Salud conductual — Individual, de grupo y terapia familiar y asesoramiento.
- Salud conductual (cuidados personales, cuidados de entrenamiento en el hogar/apoyo familiar, apoyo por miembros con experiencia).
- Salud conductual para pacientes hospitalizados.
- Servicios de laboratorio y radiología para la salud y diagnóstico y regulación de medicamentos psicotrópicos.
- Cuidados parciales de salud conductual (programa de supervisión diaria, programa médico y de terapia y programa médico del diario.)
- Rehabilitación psicosocial (entrenamiento diario de habilidades; promoción de salud; servicios de apoyo para el empleo).
- Abuso de sustancias. Servicios para el alcoholismo o el uso de drogas – tratamiento para pacientes ambulatorios.
- Transporte para situaciones que sean o no sean emergencias.
- Revisiones para los servicios para la salud conductual.

Cobertura del período previo.

Usted puede ser elegible para la Cobertura del período previo (Prior Period Coverage, PPC). PPC es para algunos los miembros con servicios basados en el hogar y la comunidad (home and community-based services, HCBS) a largo plazo, centros de convalecencia o servicios de residencia asistida ya establecidos cuando el miembro solicitó ALTCS hasta que sea elegible para ALTCS.

Durante la PPC, los servicios de atención médica son observados por el Administrador de Casos. El Administrador de Casos verá si UnitedHealthcare Community Plan puede pagar al proveedor.



Los servicios deben cumplir con tres áreas para calificar para el pago de UnitedHealthcare Community Plan:

1. Ser necesarios medicamente.
2. Ser eficaces con relación al costo.
3. Estar proporcionados por un proveedor de atención médica registrado en AHCCCS.

Servicios de Cuidados a Largo Plazo cubiertos: Institucional

Ciertos servicios de atención a largo plazo cubiertos pueden incluir los siguientes:

- Clínica de convalecencia (incluyendo los de Ciencia Cristiana).
- Hospitalización para enfermedades mentales (IMD).
- Centro de tratamiento residencial psiquiátrico para menores de 21 años.

Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) cubiertos

Ciertos centros residenciales alternativos para HCBS cubiertos pueden incluir:

- Residencias de atención asistida. (Aprobadas por ALTCS con habitaciones para 10 residentes o menos).
- Centros de residencia asistida. (Un centro que provee habitaciones para residentes o servicios y unidades residenciales a 11 residentes o más).
- Cuidado tutelar para adultos. (Aprobado por ALTCS HCBS con servicios en forma continuada para cuatro personas o menos).
- Residencias de grupo para la salud conductual.
- Centro de lesiones cerebrales traumáticas.

Los Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) cubiertos pueden incluir:

- Atención médica durante el día para adultos.
- Reparto de comidas a domicilio.
- Agencia de atención médica domiciliaria, lo que incluye servicios de enfermería y auxiliares de atención domiciliaria.
- Sistema de alerta para emergencias.
- Servicios domésticos.
- Hospicio.
- Atención personal.
- Servicios privados de enfermería.
- Descanso para los proveedores de asistencia. El descanso para los proveedores de cuidados es un descanso temporal para personas que brindan atención a nuestros miembros. Este descanso debe ser autorizado y aprobado previamente por el Administrador de Casos. Con 600 horas disponibles anualmente.
- Descanso de grupo como alternativa a la atención diurna para adultos.
- Atención auxiliar.
 - Agencia con opción: le permite tomar decisiones sobre la atención y el horario que desea. Comuníquese con su Administrador de Casos para obtener más información.
 - Cónyuges como cuidadores pagados autorizados por el Administrador de Casos. Comuníquese con su Administrador de Casos para obtener más información.
 - Atención de auxiliar auto-dirigida: le permite tomar decisiones sobre el auxiliar que desea. Comuníquese con su Administrador de Casos.
- Modificaciones en el hogar médicamente necesarias.
- Apoyo para el empleo individual o de grupo.
- Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME): DME estándar y personalizado.

Servicios no cubiertos

Los siguientes servicios **NO** se encuentran cubiertos:

- Servicios de proveedores que no son de AHCCCS. (Servicios proporcionados sin autorización por un proveedor que no está en UnitedHealthcare Community Plan).
- Servicios que no lo ayudarán a sentirse mejor. (Servicios que no son mediamente necesarios).
- Servicios definidos por AHCCCS como experimentales o exclusivos para investigación; servicios para los cuales no existe una prueba médica o científica de que lo ayudarán. (Servicios experimentales).
- Servicios que no son los menos costosos y producen el mismo resultado.
- Servicios que no son eficaces con relación al costo.
- Aparatos para la sordera, exámenes de los ojos para anteojos/lentes excepto después de cirugía para cataratas para miembros de 21 años o más.
- Operaciones para cambio de sexo y reasignación de sexo.
- Reversión de esterilidad auto-solicitada (comúnmente cuando hay incapacidad para reproducirse).
- Atención no cubierta según las políticas o reglas de AHCCCS y ALTCS.
- Corazones artificiales o injertos heterólogos (empleo de tejido de otra especie/animal).
- Trasplante de órganos no incluido en las políticas o reglas de AHCCCS.
- Servicios en un lugar que no esté certificado por Medicare/Medicaid para dichos servicios.
- Habitación y alimentación en centros de residencia asistida y residencias de grupo para la salud conductual.
- Medicamentos, o la participación en los costos (coseguro, deducibles y copagos), si se encuentra en el plan de la Parte D de Medicare (PDP) o si es elegible para estar en dicho plan. La cobertura de Medicaid incluye ciertos medicamentos excluidos de la Parte D.

Los siguientes servicios **no se encuentran cubiertos por los servicios de planificación familiar:**

- Los servicios de infertilidad, incluyendo pruebas de diagnóstico, servicios de tratamiento o cirugías de para el retorno de la fertilidad.
- Asesoramiento en casos de término del embarazo.

Además, los siguientes servicios no están cubiertos, o solamente en cantidades limitadas, para adultos de 21 años o más:

Beneficio/Servicio	Descripción del servicio	Servicio excluido de pago
Audífonos osteointegrados	Un aparato auditivo que se coloca sobre el hueso cerca del oído del paciente mediante cirugía. Sirve para transmitir el sonido.	El AHCCCS no pagará por los audífonos osteointegrados (Bone-Anchored Hearing Aid, BAHA). Se pagará por los suministros, el mantenimiento del equipo (el cuidado del audífono) y la reparación de cualquiera de las piezas.
Implante coclear	Un dispositivo pequeño que se coloca en el oído de la persona mediante cirugía para ayudarlo a escuchar mejor.	El AHCCCS no pagará por los implantes cocleares. Se pagará por los suministros, el mantenimiento del equipo (el cuidado del implante) y la reparación de cualquiera de las piezas.
Articulación/prótesis controladas con microprocesador para miembros inferiores	Un dispositivo que reemplaza una parte faltante del cuerpo y que utiliza una computadora para ayudar con el movimiento de la articulación.	El AHCCCS no pagará por una prótesis de miembro inferior (pierna, rodilla o pie) que incluya un microprocesador (chip de computadora) que controle la articulación.
Trasplantes	Un trasplante se realiza cuando un órgano o las células sanguíneas pasan de una persona a otra.	La aprobación se basa en la necesidad médica y en el hecho de que el trasplante figure en la lista de “trasplantes cubiertos”. Se pagará únicamente por trasplantes que el AHCCCS incluya en la lista.



Beneficio/Servicio	Descripción del servicio	Servicio excluido de pago
Fisioterapia	Los ejercicios explicados o proporcionados por un fisioterapeuta para fortalecer o ayudar a mejorar los movimientos.	<p>A partir del 01/01/2014, la terapia física para pacientes ambulatorios se limita a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">a. 15 visitas por cada año con contrato para personas mayores de 21 años para restaurar una función o habilidad que el individuo tenía anteriormente, pero que ha perdido debido a una lesión o enfermedad y que se espera que continuará manteniendo esta función una vez que ha sido restablecida; yb. 15 visitas por cada año por contrato para personas mayores de 21 años para tener o adquirir una habilidad especial o función que desconocían o que no tenían con anterioridad y que podrán continuar teniéndola después de adquirirla. <p>Una “visita” se define a todos los servicios de terapia física que se reciben el mismo día.</p>

Servicios de casa-habitación

Su Administrador de Caso puede asistirle para encontrar casa-habitación de bajo precio que se encuentre disponible utilizando a un Coordinador para Casa-Habitación del programa.

Para los miembros con una Seria Enfermedad Mental (SMI) hay servicios no de Título 19 disponibles que se basen en: Servicios de casa-habitación para la asistencia de individuos o familiares para la obtención de casa-habitación en un entorno comunitario independiente, que incluyan una residencia propia o apartamento y/o de su propiedad o rentadas por un proveedor subcontratista. Estos servicios incluyen subsidios para renta o para servicios públicos y servicios de mudanza para una persona o sus familiares con el propósito de asegurar y mantener una casa habitación.

Ubicación residencial

Colocaciones institucionales.

Institución para las enfermedades mentales (IMD): Un hospital, una institución de enfermería u otra institución con más de 16 camas que esté dedicada a proveer diagnóstico, tratamiento o cuidados de salud a personas con enfermedades mentales (incluyendo los desórdenes por el uso de sustancias), incluyendo atención médica, cuidados de enfermería y servicios relacionados. Para que una institución sea considerada una institución para enfermedades mentales, se determina por las características generales de ser una instalación establecida y mantenida principalmente para brindar los cuidados y tratamiento de personas afectados por enfermedades mentales, ya sea que tiene o no una certificación para hacerlo. Una institución para personas con discapacidades intelectuales no es una institución para enfermedades mentales.

Instituciones de enfermería, incluyendo Instituciones religiosas no médicas de salud: La institución de enfermería debe tener una certificación y una certificación de ADHS para Medicare y Medicaid para poder proveer habitaciones para pacientes, proveer servicios de alimentos y enfermería para los miembros que requieran esos servicios de manera continua, pero que no necesiten recibir servicios de cuidados en un hospital o cuidados directos diariamente de parte de un doctor.

Instituciones para pacientes hospitalizados bajo tratamiento para la salud del comportamiento:

Una institución para los cuidados de salud que provee tratamientos continuos para personas que presentan condiciones relacionadas a la salud del comportamiento, los cuáles causan que la persona:

1. Tenga una limitada o reducida habilidad para cubrir las básicas necesidades físicas personales,
2. Sufra daños que afectan significativamente la capacidad de juicio, razonamiento, comportamiento o capacidad de reconocimiento de la realidad,
3. Sea un peligro para ellos mismos,
4. Sea un peligro para otros,
5. Sea una persona con una discapacidad persistente o aguda, o
6. Sea una persona con una discapacidad grave.

Colocaciones Alternas HCBS.

Institución de residencia asistida: Una institución para la residencia asistida (ALF) es una institución residencial que brinda servicios supervisados de cuidados para la salud, servicios de cuidados personales o servicios de cuidados en bases continuas. Todos los entornos aprobados como residencias dentro de esta categoría requieren llenar el criterio para la certificación ADHS. Los entornos cubiertos incluyen:

Cuidado de acogida temporal para adultos: Un entorno HCBS alternativo que provee habitación y alimentación, supervisión y coordinación en los servicios para los cuidados necesarios de acogida para adultos, dentro de un entorno de tipo familiar, por lo menos de un adulto y para no más de cuatro adultos residentes que sean miembros de ALTCS.

Hogar de existencia asistida: Un entorno alternativo HCBS que provee habitación y alimentos, supervisión y coordinación de los servicios necesarios para 10 o menos residentes.

Centro de existencia asistida: Un entorno HCBS alternativo que provee habitación y alimentos, supervisión y coordinación de los servicios necesarios para más de 11 residentes.

Hogar para el desarrollo de adultos: Un entorno HCBS alternativo para adultos (de 18 o más años de edad) con discapacidades en el desarrollo, que está certificado por DES para proveer habitación y alimentos, supervisión y coordinación de habitación y tratamiento hasta para tres residentes.

Hogar certificado de desarrollo infantil: Un entorno HCBS alternativo para niños (menores de 18 años) con discapacidades en el desarrollo, certificado por DES, el cuál provee habitación y alimentos, supervisión y coordinación de habitación y tratamiento hasta para tres residentes.

Cuidados terminales

Los cuidados terminales (Fin de vida – EOL) se concentran en la meta para la preservación de los derechos del miembro y para mantener su dignidad mientras recibe servicios cubiertos que son médicamente necesarios. Los cuidados de fin de vida se enfocan en los servicios de salud y apoyo en cualquiera de las etapas de una enfermedad y proveen la calidad de vida del miembro. Estos servicios pueden incluir:

- Cuidados de apoyo y cuidados paliativos.
- Cuidados de hospicio.
- Planeamiento de cuidados adelantados.

Especialistas, referencias y auto-referencia

Un especialista es un proveedor de atención primaria que cuida determinada área del cuerpo.

Es posible que su PCP quiera que consulte con un especialista. Su PCP puede darle una referencia para ver un especialista de UnitedHealthcare Community Plan o puede programar la cita para usted. Esto incluye servicios de salud conductual.

Si su PCP quiere que consulte con un especialista que no tiene un contrato con UnitedHealthcare Community Plan:

- El especialista debe estar registrado con el AHCCCS.
- Su PCP debe obtener aprobación de UnitedHealthcare Community Plan.
- Esto se denomina autorización previa.

Algunos especialistas, como los de salud conductual y OB / GYN, no requieren una referencia del PCP. Los miembros pueden auto referirse.

Acceso a los servicios

Los Administradores de Caso trabajan con usted para encontrar cuáles son los servicios que necesita. Esos son servicios que se necesitan para ayudarle a cuidar de usted y mantenerle seguro en su hogar. El costo usualmente no debe ser más alto que el costo de vida en una casa de reposo con cuidados de enfermería.

Queremos estar seguros que usted vive en el mejor sitio de acuerdo a su condición. La administración de su caso hace un plan que llena las necesidades personales y médicas.

Si usted tiene preguntas, contacte a su Administrador de Caso. El ó ella le ayudarán con las necesidades para sus cuidados de salud. Ellos le ayudarán a:

- Escoger a un doctor (PCP).
- Obtener los cuidados con su doctor.
- Administrar sus servicios médicos.
- Resolver los problemas con sus cuidados a través de la elaboración de metas a seguir.
- Encontrar las maneras de poder continuar viviendo en su casa.
- Explicarle cuáles son sus opciones para los servicios y para su ubicación.
- Ayudarle a localizar los recursos comunitarios a través del programa Fortalecimiento del miembro para la vivienda, la educación y el empleo (Member Empowerment (me*)).

UnitedHealthcare Community Plan no limita el acceso a los servicios basándose en principios religiosos o morales. Esto incluye servicios de asesoría o de referencia que puedan encontrar objeciones basándose en creencias religiosas o morales. Nosotros le asistiremos a ganar acceso a otro proveedor que esté dispuesto a brindarles esos servicios. Para obtener ayuda, contacte a su Administrador de Caso o llame a Servicios para Miembros al **1-800-379-2740, TTY 711**.

Los miembros Nativos Americanos pueden recibir servicios para los cuidados de salud en cualquier momento de cualquier proveedor de servicios para la salud para los Nativos Americanos o servicios que pertenezcan y que sean operados por una tribu y/o institución designada para ellos.

Cómo elegir un proveedor de atención primaria (PCP)

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, debe elegir un PCP. Deberá elegir un PCP que esté registrado en el AHCCCS y tenga contrato con UnitedHealthcare Community Plan. Su Administrador de Casos le proporcionará una lista de nuestros proveedores. Elegir un PCP es importante. Si usted se encuentra en un centro de convalecencia, su PCP lo visitará allí.

Si su PCP actual es un PCP de UnitedHealthcare Community Plan, no es necesario que elija un nuevo PCP. Si su PCP actual NO trabaja con UnitedHealthcare Community Plan, su Administrador de Casos le ayudará a elegir un nuevo PCP. Consulte la lista de los PCP de UnitedHealthcare Community Plan. Si no elige un PCP, se le asignará uno. Luego le informaremos el nombre, la dirección y el número de teléfono de su PCP.

Para la planificación familiar, usted debe escoger a un doctor gineco-obstetra de atención primaria. El doctor gineco-obstetra asegura que usted recibirá servicios de pre-y posparto. Estos son servicios antes y después de su embarazo.

¿Cómo cambio de proveedor de atención primaria?

Puede cambiar su PCP.

Generalmente es mejor permanecer con el mismo PCP. Su PCP lo conoce, tiene sus expedientes médicos y conoce los medicamentos que toma. Su PCP es la persona más indicada para garantizar que usted reciba una buena atención médica. Podría haber momentos en los que desee cambiar de PCP. De ser así, llame o escriba a su Administrador de Casos. Le enviará una lista de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan para que elija. También, puede hacer una búsqueda en internet en **UHCCCommunityPlan.com**. Una vez que haya elegido su nuevo PCP, informe a su Administrador de Casos de inmediato. El cambio de PCP tendrá efecto el primer día del mes después de que recibamos su solicitud por escrito.

Algunos motivos por los que puede cambiar su PCP:

- Se ha mudado y necesita un PCP más cerca de su domicilio.
- No está satisfecho con su PCP.

Algunos motivos por los que no puede cambiar su PCP:

- Solicitó un PCP que no está con el AHCCCS.
- Solicitó un PCP que no está tomando pacientes nuevos.

Su PCP puede pedirle que se cambie a otro PCP en los siguientes casos:

- Usted y su PCP no se llevan bien.
- Usted no sigue los consejos del PCP.
- Llega tarde o no se presenta a las citas.

Si pierde y después recupera su elegibilidad de AHCCCS en el transcurso de 90 días, se le volverá a inscribir con el mismo PCP, si todavía se encuentra en el plan.

¿Cómo hago una cita?

Su PCP y su Administrador de Casos trabajarán con usted para que obtenga la atención que necesita. Los PCP deben proporcionar cobertura las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si necesita una cita de inmediato o urgentemente y su PCP no puede darle una, puede llamar a UnitedHealthcare Community Plan al **1-800-293-3740, TTY 711** para solicitar ayuda. Trate de hacer las citas con su PCP con la mayor anticipación posible. Su PCP ve a muchos pacientes todos los días. La visita a su PCP ocurrirá en el tiempo mostrado a continuación.

Si necesita ayuda para programar una cita, llame a su Administrador de Casos. Si se encuentra en un centro de residencia asistida o de enfermería, pídale ayuda al personal; si no pueden ayudarlo, llame a su Administrador de Casos.

Citas con su PCP.

Necesidad inmediata:	El mismo día o en el transcurso de las 24 horas posteriores a la llamada del miembro o según sea la necesidad médica.
Cuidados urgentes:	Dentro de 2 días.
Cuidados de rutina:	Dentro de 21 días.

Cancelación o cambio de citas.

Llame por lo menos con 24 horas de anticipación o tan pronto como sea posible para el cambio o la cancelación de una cita (con el PCP y con un especialista.) Si pierde más de una cita sin llamar, su doctor puede rehusarse verle de nuevo.

Vistas para el bienestar (exámenes del bienestar), tales como, pero no limitadas a: exámenes para el bienestar en mujeres, exámenes de mamas y de próstata, están cubiertos para miembros de 21 o más años de edad. La mayoría de las visitas para el bienestar (también llamadas exámenes de revisión o físicos) incluyen la historia médica, el examen físico, pruebas de salud, asesoría médica y las vacunaciones que sean necesarias médicamente. (Vea la sección EPSDT para miembros que sean menores de 21 años de edad.)

¿Cómo puedo participar en mis cuidados para mí salud?

Puede participar en sus cuidados para su salud visitando a su PCP a menudo. Usted podrá tomar parte en las opciones acerca de sus cuidados. Le enviaremos un boletín informativo con útil información acerca de sus cuidados de salud. También le diremos acerca de lo nuevo que ocurra dentro de su plan de salud.

Además, le podemos mandar encuestas acerca de su salud y de UnitedHealthcare Community Plan. Completando esas encuestas es otra manera de tomar parte en los cuidados para su salud.

Tome ventaja de estos materiales.

Queremos que usted se sienta en control de su salud y de los cuidados para su salud. Tenemos folletos que pueden ser de ayuda para usted. Esto incluye:

- **Cuidados preventivos** — Recordatorios para los cuidados preventivos, vacunaciones, pruebas para el glaucoma.
- **Condiciones crónicas** — Diabetes, enfermedad crónica obstructiva del pulmón, insuficiencia cardíaca, enfermedad de las arterias coronarias, tomando control de su alta presión sanguínea, estenosis espinal, demencia, depresión, arritmias, enfermedad vascular periferal, trombosis venosa profunda y embolismos pulmonares, cuidados neuropáticos de los pies.
- **Maneras de mantener las áreas en donde vive seguras.**
- **Folleto para que pueda dejar de fumar.**
- **Información acerca de las vacunas para la influenza y la neumonía** — Signos y síntomas de la influenza, cómo cuidar de la influenza, guía para la influenza – Preguntas y Respuestas. Folleto “Sin más excusas”.

Para obtener estos folletos, contacte a su Administrador de Caso o llame a Servicios para Miembros al 1-800-293-3740, TTY 711. Usted también puede revisar su plan de cuidados en myuhc.com/CommunityPlan.

¿Qué tipos de cuidados para niños están disponibles?

Controles del niño sano (EPSDT).

El programa Exámenes Tempranos y Periódicos, Diagnósticos y Tratamiento (Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment, EPSDT) es un programa integral de salud infantil de prevención y tratamiento, corrección y mejoría de condiciones físicas o de salud conductual/mental para miembros del AHCCCS menores de 21 años de edad.

El propósito del EPSDT es asegurar la disponibilidad y accesibilidad de recursos de atención médica, así como también asistir a los beneficiarios de Medicaid en la utilización efectiva de estos recursos. Los servicios de EPSDT proporcionan atención médica integral a través de prevención primaria, intervención temprana, diagnóstico, tratamiento necesario desde el punto de vista médico y atención de seguimiento de condiciones físicas y de salud conductual para miembros del AHCCCS menores de 21 años de edad.

Los servicios de EPSDT incluyen servicios de detección, servicios oftalmológicos, servicios dentales, servicios para la audición y todos los otros servicios medicamente necesarios, obligatorios y optativos que figuran en la ley federal 42 USC 1396d(a) para corregir o mejorar defectos y enfermedades físicas y mentales y afecciones identificadas en una detección del EPSDT, ya sea que los servicios estén o no cubiertos de acuerdo al plan estatal AHCCCS.

No se aplican limitaciones ni exclusiones a los servicios del EPSDT, excepto el requisito de ser medicamente necesarios y la relación efectividad-costo. Un control del niño sano es equivalente a una visita del EPSDT e incluye todas las evaluaciones y los servicios descritos en el programa de EPSDT del AHCCCS y los horarios de consultas dentales periódicas.

Cantidad, duración y alcance.

La Ley de Medicaid define que los servicios de EPSDT incluyen servicios de detección, de la visión, dentales, de la audición y “otros servicios semejantes necesarios de atención médica, diagnóstico, tratamiento y otras medidas descritas en la subsección 42 USC 1396d(a) de la ley federal para corregir o mejorar defectos y enfermedades físicas y mentales y afecciones identificadas por los servicios de detección, independientemente si esos servicios están cubiertos por el plan estatal (AHCCCS)”.

Esto significa que los servicios cubiertos por EPSDT incluyen servicios para corregir o mejorar defectos mentales, físicos, afecciones y enfermedades descubiertos por el proceso de detección cuando esos servicios están incluidos dentro de una de las 29 categorías opcionales y obligatorias de “asistencia médica” según se define en la Ley de Medicaid. Los servicios cubiertos conforme al programa EPSDT incluyen las 29 categorías de servicios en la ley federal aun cuando no estén listados como servicios cubiertos en el plan estatal del AHCCCS, en los estatutos, las normas o las políticas del AHCCCS siempre y cuando los servicios sean medicamente necesarios y eficaces en relación a su costo.

EPSDT incluye, entre otros, la cobertura de lo siguiente:

Servicios hospitalarios para pacientes internados o ambulatorios, servicios de laboratorio y radiografías, servicios de médicos, servicios de enfermera practicante, medicamentos, servicios dentales, servicios de terapia, servicios de salud conductual, suministros médicos, dispositivos protésicos, anteojos, servicios de transporte y de planificación familiar. Los servicios del programa EPSDT también incluyen servicios de diagnóstico, detección, prevención y rehabilitación. Sin embargo, los servicios del EPSDT no incluyen servicios que con fines estéticos, o no sean eficaces en relación con el costo cuando se comparan con otras intervenciones.

Las mujeres pueden tener acceso directo a los servicios preventivos y del bienestar brindados por un ginecólogo que se encuentre dentro de la red; ellas no necesitan una referencia de su proveedor de atención primaria.

Cuidados de maternidad y de pos-parto

UnitedHealthcare Community Plan ofrece cuidados de maternidad completos. Usted recibe cuidados de maternidad antes, durante y después del nacimiento del bebé. Es importante para las nuevas mamás que cuiden de su salud antes durante y después de su embarazo. UnitedHealthcare Community Plan tiene un programa llamado Healthy First Steps (Primeros Pasos Saludables) para sus miembros. Healthy First Steps provee información, educación y apoyo para ayudar a reducir problemas durante el embarazo. Si usted piensa que se encuentra embarazada o tan pronto sepa usted que lo está, llame a Healthy First Steps al 1-800-599-5985. El mantenerse saludable incluye asistir a las citas de seguimiento con su doctor. Los miembros pueden tener acceso directo a los servicios de un médico obstetra/ginecólogo dentro de la red de UnitedHealthcare Community Plan sin necesitar de una referencia. Los miembros pueden seleccionar a un médico obstetra, un ginecólogo o un médico gineco-obstetra como su PCP. Servicios de asesoramiento y pruebas del VIH están disponibles para los miembros. Es importante que usted haga y acuda a las citas con su médico gineco-obstetra. Es también importante que usted tenga citas de seguimiento con su doctor después del nacimiento de su bebe. A esto se le llama cuidados de pos-parto. Esta cobertura se extiende hasta 60 días después del nacimiento del bebé.

Si el nacimiento de su bebé ocurrió por una cirugía de cesárea, su doctor puede querer examinarla más pronto.

En la revisión médica de pos-parto, su doctor hará lo siguiente:

- Revisarle para estar seguro que usted se recupera normalmente.
- Revisar si usted no tiene una depresión de pos-parto.
- Hará un examen pélvico para asegurarse que sus órganos reproductores han retornado a la condición previa a su embarazo.

- El doctor responderá a las preguntas que usted tenga acerca de la alimentación dando el pecho y le examinará los senos.
- Le aconsejará acerca de preguntas que usted tenga acerca de la reanudación de las relaciones sexuales y de las opciones para el control de natalidad.

Una enfermera partera certificada puede brindarle algunos de los cuidados de maternidad. Aquellos miembros que obtengan los servicios de una enfermera-partera certificada o de una partera certificada, también pueden tener un PCP. Las parteras no le pueden dar ningún otro servicio que vaya más allá de los cuidados de maternidad a los que se limita su práctica. Los cuidados primarios o los servicios de PCP no son parte de esa práctica.

Informe a su Administrador de Caso cuando usted sepa que está embarazada. En los condados de Maricopa y Pima usted puede cambiar de planes para continuar con sus cuidados con sus médicos gineco-obstetra que sean parte de otro plan. Póngase en contacto con su Administrador de Caso si desea cambiar de planes.

Su bebé puede nacer en su propia casa con la ayuda de una partera. Si usted no tiene ningún riesgo y quiere que su bebé nazca en su hogar, contacte a su médico obstetra o a su PCP. Informe así mismo a su Administrador de Caso.

Los administradores de caso referirán a los miembros para obtener servicios de ayuda de parte del programa Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC – Programa para la Nutrición Suplementaria Especial para Mujeres, Infantes y Niños), así como servicios de otros recursos comunitarios. Los servicios WIC se encuentran disponibles para los niños del momento en que nacen hasta la edad de 5 años. Aquellos miembros que pierden su elegibilidad, pueden contactar a la línea directa del Departamento de Servicios de Salud de Arizona (Arizona Department of Health Services) para obtener una referencia a servicios gratuitos o de un bajo costo.

Estándares del tiempo de las citas para los cuidados maternos.

Primer trimestre:	Dentro de 14 días después de ordenarse.
Segundo trimestre:	Dentro de 7 días después de ordenarse.
Tercer trimestre:	Dentro de 3 días después de ordenarse.
Embarazos de alto riesgo:	Dentro de 3 días de su identificación. Inmediatamente en el caso de una emergencia.

Servicios de planificación familiar

UnitedHealthcare Community Plan ofrece servicios de planificación familiar a hombres y mujeres en edad reproductiva. Los beneficios de la planificación familiar, incluyen, pero no están limitados a: exámenes, pruebas de laboratorio, anticonceptivos, asesoramiento en el control de natalidad, pruebas y asesoramiento para VIH. Si usted tiene preguntas, por favor llame a su Administrador de Caso. Los siguientes servicios se encuentran incluidos dentro de la planificación familiar:

- Pastillas anticonceptivas: Las pastillas se toman diariamente.
- Condomes.
- Depo Provera: Inyección que se aplica a las mujeres cada 3 meses.
- Diafragma: Barrera vaginal removible empleada por mujeres.
- Pastilla anticonceptiva de emergencia (ECP): Pastilla que se toma después de tener sexo para prevenir el embarazo.
- Servicios de asesoramiento acerca de la planificación familiar.
- Servicios de laboratorio para la planificación familiar.
- IUD: Dispositivo que se coloca dentro del útero.
- Planificación familiar natural.
- Espuma, crema o jalea espermicida: medicamentos intravaginales.
- Anticonceptivos subcutáneos: anticonceptivos que se implantan por debajo de la piel.
- Ligamento de las trompas: Procedimiento quirúrgico para mujeres mayores de 21 años.
- Vasectomía: Procedimiento quirúrgico para hombres mayores de 21 años.

Los miembros tienen opción libre para escoger a los proveedores de la planificación familiar. **Los servicios de planificación familiar no requieren una referencia de su PCP.** Contacte a su Administrador de Caso para obtener ayuda para localizar a proveedores de bajo costo o sin costo para la planificación familiar en su área. Esto se encuentra disponible si aún el miembro ha perdido su cobertura con AHCCCS. Los miembros también pueden escoger su propio proveedor de planificación familiar empleando el directorio de proveedores en nuestro sitio en internet o usted puede escoger a un proveedor que no se encuentre dentro de nuestra red. Si usted escoge a un proveedor por fuera de nuestra red, el proveedor necesitará obtener una autorización previa para brindar servicios y suministros. El proveedor debe también estar registrado con AHCCCS.

Terminación del embarazo cuando es médicamente necesario.

Las terminaciones del embarazo son servicios cubiertos por AHCCCS solamente en situaciones especiales. AHCCCS cubre la terminación del embarazo si alguno de los siguientes criterios se presenta:

1. La persona embarazada padece de un desorden, una lesión o una enfermedad físicas, incluyendo una enfermedad corporal que ponga en peligro su vida, debido al embarazo mismo y es una condición que ha sido certificada por un doctor como una condición que ha puesto a la persona embarazada en peligro de muerte, a menos de que el embarazo sea terminado.
2. El embarazo resulta de un incesto.
3. El embarazo resulta de una violación.
4. El embarazo se termina por una necesidad médica, de acuerdo a la opinión médica de un doctor calificado, quien certifica que si el embarazo continúa, puede esperarse de manera razonable que exista un serio problema físico o mental para la persona embarazada por:
 - a. Crear un serio problema de salud física o mental en la persona embarazada,
 - b. Afectar seriamente alguna función corporal en la persona embarazada,
 - c. Causar una disfunción de un órgano u otras partes físicas en la persona embarazada,
 - d. Exacerbar un problema de salud de la miembro embarazada, o
 - e. Previniendo que la persona embarazada obtenga tratamientos para los problemas de salud.

Hogares dentales

Nosotros creemos que los cuidados dentales son tan importantes como los otros cuidados que usted recibe. Esa es la razón por la cual nosotros asignamos a los miembros menores de 21 años a un hogar dental. Esto es como un doctor de atención primaria dedicado solamente a los cuidados dentales.

Usted puede consultar con este dentista para sus cuidados dentales. Nosotros le enviamos por correo el nombre y la dirección de un hogar dental al cual está asignado. Si usted desea cambiar de hogar dental, llame al **1-800-293-3740, TTY 711**. Por favor llame a su dentista y haga una cita. Los miembros pueden recibir dos visitas anuales preventivas. (Una visita cada seis meses.)

Los proveedores dentales pueden encontrarse en el sitio de internet de **UHCCCommunityPlan.com**, o usted puede llamar a su Administrador de Caso para obtener ayuda encontrando a un proveedor y haciendo las citas dentales.

Para cancelar o cambiar su cita dental.

Si usted necesita cancelar o cambiar su cita dental, por favor llame a su proveedor dental por lo menos 24 horas antes de su cita. Haga otra cita para después.

Referencias dentales.

Necesidad inmediata:	Dentro de las primeras 24 horas después de ser referido.
Cuidados urgentes: Para miembros menores de 21 años.	Dentro de 3 días después de ser referido.
Cuidados de rutina: Para miembros menores de 21 años.	Dentro de 45 días después de ser referido.

Para obtener sus medicamentos de receta (drogas)

Obtener sus medicamentos de receta es una parte importante de sus cuidados para la salud. Los medicamentos de receta en la lista de medicamentos de UnitedHealthcare Community Plan que su doctor prescribe se encuentran cubiertos. A usted se le pueden surtir esos medicamentos de receta en cualquiera de las farmacias afiliadas con la red de farmacias de UnitedHealthcare Community Plan. Muchas de estas farmacias están abiertas las 24 horas del día. Para conocer cuáles son las farmacias, consulte el directorio de proveedores o acuda en internet a UHCCommunityPlan.com. Si usted tiene problemas obteniendo sus medicamentos, pida al personal de la farmacia que llamen al administrador de los beneficios de medicamentos al 1-877-305-8952 o llame a su administrado de caso designado.

Si usted tiene problemas obteniendo sus medicamentos de receta durante las horas hábiles, llame a Servicios para Miembros. Si usted tiene problemas obteniendo sus medicamentos de receta después de las horas hábiles, en los fines de semana o días feriados, pida al farmacéutico que llame a la mesa de ayuda farmacéutica. El número se encuentra notado en la parte posterior de su tarjeta de identificación.

Monitoreo de medicamentos de receta

UnitedHealthcare Community Plan asegura que los miembros reciben los medicamentos apropiados en las dosis y frecuencias correctas llevando a cabo un monitoreo de las recetas de los medicamentos prescritos para los miembros, los proveedores y las farmacias. Los requerimientos de la revisión son para determinar el uso incorrecto o el sobre abuso en los empleos de los medicamentos.

El criterio de las farmacias incluye:

La utilización por el miembro por un período de 3 meses:

- 4 o más medicamentos prescritos; y
- 4 o más medicamentos con potencial para el abuso; y
- 4 o más farmacias.

○

El miembro ha recibido 12 o más recetas de medicamentos con potencial para el abuso durante los pasados 3 meses.

○

Un diagnóstico de envenenamiento en 6 meses o “alguna otra indicación del abuso de un medicamento.”

Servicios de salud conductual

Si necesita servicios de salud conductual, comuníquese con su Administrador de Casos. Los servicios para la salud conductual están disponibles para el tratamiento de ambas condiciones, para la salud mental y para los desórdenes por el uso de sustancias. Su Administrador de Casos puede ayudarlo a elegir un proveedor. También usted puede auto-referirse llamando a un proveedor anotado en la lista de proveedores. Su Administrador de Casos le proporcionará un directorio o usted puede ganar acceso por internet en **UHCCommunityPlan.com**.

Su Administrador de Caso puede ayudarlo a comprender sus beneficios de salud conductual. La cobertura de los servicios de salud conductual incluye, entre otros, los siguientes:

- Control de la conducta (atención personal, apoyo familiar/capacitación de atención domiciliaria, apoyo de pares).
- Atención de emergencia para salud conductual.
- Transporte regular y de emergencia.
- Asesoramiento y terapia individual, grupal y familiar.

- Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados, centros de salud conductual para pacientes hospitalizados.
- Servicios de laboratorio y radiología para la regulación y el diagnóstico de medicamentos psicotrópicos.
- Tratamiento con agonistas opiáceos.
- Atención parcial (programa diurno supervisado, programa diurno terapéutico y programa diurno médico).
- Rehabilitación psicosocial (capacitación en técnicas para la vida; promoción de la salud; servicios de apoyo laboral).
- Medicamentos psicotrópicos.
- Ajuste y control de medicamentos psicotrópicos por parte de un profesional en salud conductual.
- Atención de alivio, con limitaciones.
- Evaluaciones para servicios de salud conductual.

El primer servicio de la salud conductual después de la evaluación inicial será dentro del período de tiempo indicado por la condición de salud conductual, pero no más tarde de 23 días después de la evaluación inicial. Todos los siguientes servicios de la salud conductual serán dentro del período de tiempo indicado por la condición de salud conductual, pero no más tarde de 45 días después de la identificación de su necesidad.

Si se encuentra en tratamiento de salud conductual y necesita una cita.

Si necesita una cita de inmediato o urgente, llame a su proveedor. Será examinado dentro de 24 horas. Si no es una necesidad inmediata, su proveedor puede verlo en el lapso de 23 días. Su Administrador de Casos puede ayudarlo a obtener una cita.

Si siente que podría lastimarse a sí mismo o a otros, llame al 911 para obtener ayuda de emergencia.

Para referencias por medicamentos psicotrópicos:

La urgencia de la necesidad será evaluada de inmediato. Se hará una cita con un profesional médico para la salud conductual de acuerdo a los periodos de tiempo indicados por las necesidades clínicas, pero no más tarde de 30 días después de identificar las necesidades,

Para citas para la salud conductual para personas bajo custodia legal del Departamento de la Seguridad de los Niños (DCS) y para niños adoptados de acuerdo a A.R.S. §8-512.01:

- A. Se harán arreglos para una rápida respuesta cuando el niño ingresa a una acogida fuera de su hogar dentro de los periodos de tiempo indicados de acuerdo a la condición de la conducta exhibida, pero no más tarde de 72 horas después de la notificación recibida de DCS acerca de la remoción ya sucedida o a suceder del hogar de acogida.
- B. Una evaluación dentro de los primeros siete días calendario después de la referencia o solicitud para los servicios de salud conductual. Una cita inicial dentro de los límites de tiempo indicados de acuerdo a las necesidades clínicas exhibidas, pero no más tarde de 21 días después de la evaluación inicial.
- C. Servicios para la salud conductual subsecuentes dentro de los límites de tiempo de acuerdo a las necesidades de la persona, pero no más tarde de 21 días desde la fecha de identificación de la necesidad.

Servicios especializados para miembros que tienen una Seria Enfermedad Mental (SMI)

Si usted piensa que tiene una Seria Enfermedad Mental (SMI) pero no ha sido determinado como tal, hable con su Administrador de Caso para obtener asistencia.

Los miembros que ya han sido determinados de tener una SMI son elegibles para:

- Asistencia especial de parte de la Oficina de Derechos Humanos si llenan el criterio para recibir asistencia especial, y
- Servicios no de Título 19 que se basan en la disponibilidad de fondos para:
 - Servicios de apoyo para casa-habitación para ayudar a individuos o familias a obtener y mantener un hogar en un entorno comunitario independiente, que puede incluir el propio hogar, propio apartamento o rentados de un proveedor subcontratado. Estos servicios incluyen renta y/o subsidios para los servicios públicos y servicios de re-localización para una persona o familia con el propósito de asegurar y mantener una casa-habitación.
 - Acupuntura auricular que sea clínica y médicamente necesaria. Que sea impartida por un acupunturista certificado que practique con agujas de acupuntura para tratar problemas del alcoholismo, uso de sustancias y dependencias químicas.
 - Servicios de tratamientos tradicionales curativos para problemas de salud mental o por el uso de sustancias, provistos por curanderos tradicionales calificados. Estos servicios incluyen el empleo de técnicas enfocadas en aliviar el estrés emocional que es evidente por la alteración de la capacidad de la persona para funcionar.

Estos servicios no son parte de los beneficios cubiertos y se encuentran disponibles solamente por la aprobación de AHCCCS.

Visión de Arizona para la prestación de servicios para la salud conductual.

Todos los servicios para la salud conductual se prestan de acuerdo a los principios del sistema ADHS/DBHS. ADHS/DBHS apoya a una prestación de servicios para la salud conductual que incluye:

1. Un fácil acceso a los cuidados de salud;
2. La interacción del recipiente de los servicios de la salud conductual con miembros de su familia;
3. Colaboración con la Comunidad en General;
4. Innovaciones efectivas;
5. Expectativas de un mejoramiento; y
6. Competencia distintiva cultural.

Los doce principios para la prestación de los servicios para niños son:

1. Colaboración con el niño y su familia:

- a. El respeto y una activa colaboración con el niño y los padres es la base para obtener resultados positivos en los servicios para la salud conductual.
- b. Los padres y los niños son tratados como socios dentro de un proceso de evaluación y de la planificación, entrega y evaluación de los servicios para la salud conductual. Sus preferencias son tomadas seriamente.

2. Resultados funcionales:

- a. Los servicios para la salud conductual han sido diseñados e implementados para ayudar a los niños a lograr el éxito en la escuela, en la vida con sus familias, a evitar la delincuencia y en ser adultos estables y productivos.
- b. La implementación de un plan para los servicios para la salud conductual estabiliza la conducta de la condición del niño y minimiza los riesgos en su seguridad.

3. Colaboración con otros:

- a. Cuando los niños tienen múltiples agencias o están involucrados con múltiples sistemas, una evaluación conjunta es desarrollada, estableciendo un plan para los servicios de salud conductual que se implementará de una manera colaborativa.
- b. Equipos enfocados en el cliente planean e implementan los servicios.

- c. Cada equipo para el niño incluye al niño y a sus padres, a los padres de acogida, a cualquier individuo que sea una persona importante en la vida del niño y que sea invitado a participar por el mismo niño o sus padres. El equipo también incluye a todas las personas que sean necesarias para el desarrollo de un plan efectivo, incluyendo, si es apropiado, el maestro del niño, los administradores DCS y/o DDD del niño y el oficial de la policía que supervisa al niño.
- d. El equipo:
 - i. Desarrolla una evaluación común de los aspectos positivos y necesidades del niño y de su familia;
 - ii. Desarrolla un plan de servicio individualizado;
 - iii. Supervisa la implementación del plan; y
 - iv. Hace los ajustes necesarios dentro del plan si no se está obteniendo el éxito deseado.

4. Servicios disponibles:

- a. Los niños tienen acceso a una serie de servicios para la salud conductual, suficientes para asegurar que están recibiendo el tratamiento que ellos necesitan.
- b. Se provee servicios de administración del caso si es necesario.
- c. Los planes para los servicios para la salud conductual identifican las necesidades de transporte para los padres y el niño para tener acceso a estos servicios y la manera en que ésta asistencia con el transporte será provista.
- d. Cuando los servicios para la salud conductual sean necesarios y no existan o no se encuentren disponibles, serán adaptados o creados.

5. Las mejores prácticas:

- a. Los servicios de salud conductual son provistos por individuos competentes que han sido entrenados y que son supervisados.
- b. Los servicios de salud conductual se imparten de acuerdo a las directrices adoptadas por ADHS, las cuales incorporan las mejores prácticas basadas en la evidencia de resultados obtenidos por “las mejores prácticas”.
- c. Los servicios de salud conductual identifican y en forma apropiada se enfocan en los síntomas del comportamiento que resultan de casos como por ejemplo la muerte de un familiar, el abuso o negligencia, problemas en el aprendizaje y en otras circunstancias similares, ya sean traumáticas o por temores, en problemas con el abuso de sustancias, en las necesidades de salud conductual por necesidades en niños que tienen discapacidades en el desarrollo, en casos de comportamientos sexuales mal adaptados, incluyendo comportamientos de abuso y de riesgo y cuando es necesario lograr la estabilidad y la necesidad de promover una permanencia en las vidas de los miembros de una clase, especialmente entre los miembros que se encuentran en un hogar de acogida.
- d. Los servicios de salud conductual se evalúan de manera constante y son modificados si los resultados que se obtienen no son los deseados.

6. Los entornos más apropiados:

- a. A los niños se les provee con servicios de salud conductual en sus propias casas y comunidades tanto como sea posible.
- b. Los servicios de salud conductual se proveen en el entorno integrado más apropiado para satisfacer las necesidades del niño. Cuando se provee en un ambiente residencial, el entorno debe estar integrado y debe ser lo más similarmente posible a un entorno de hogar apropiado para las necesidades del niño.

7. Oportunidad:

- a. Los niños identificados como sujetos con la necesidad de recibir servicios de salud conductual son evaluados y atendidos sin demora.

8. Servicios diseñados para el niño y su familia:

- a. Los aspectos positivos y las necesidades individuales de los niños y de sus familias dictan el tipo, variedad e intensidad de los servicios de salud conductual que se proveen.
- b. A los padres y a los niños se les anima y asiste para que expresen sus aspectos positivos y sus necesidades, las metas que ellos ambicionan y cuáles son, en su opinión, los requerimientos necesarios para que las alcancen.

9. Estabilidad:

- a. El plan de los servicios de salud conductual se esmera en minimizar múltiples colocaciones.
- b. Los planes del servicio identifican si el miembro de una clase se encuentra en riesgo de experimentar una disrupción en su colocación y si así es, se identificarán los pasos necesarios para minimizar o eliminar ese riesgo.
- c. Los planes de servicio para la salud conductual anticipan las crisis que pudieran desarrollarse e incluyen estrategias específicas y servicios que puedan emplearse si una crisis se presenta.
- d. En respuesta a estas crisis, el sistema de salud conductual emplea todos los servicios apropiados para la salud conductual para ayudar a que el niño permanezca en su hogar, minimizando las disrupciones de colocación y evitando el empleo inapropiado de la policía y del sistema de justicia criminal.
- e. Los planes para los servicios de salud conductual anticipan y planean apropiadamente las transiciones en las vidas de los niños, incluyendo el cambio a nuevas escuelas, nuevas colocaciones y transición a los servicios para adultos.

10. Respeto para el acervo cultural del niño y de su familia:

- a. Los servicios de salud conductual se proveen de una manera respetuosa, siguiendo las tradiciones culturales y el acervo cultural en general del niño y de su familia.
- b. Los servicios se proveen en español para los niños y los padres para quienes su lengua materna es el español.

11. Independencia:

- a. Los servicios de salud conductual incluyen la ayuda y el entrenamiento para los padres para que llenen las necesidades para la salud conductual de los niños y les provee a los niños con ayuda y entrenamiento para darles una habilidad de auto-manejo.
- b. Los planes de los servicios de salud conductual identifican las necesidades para el entrenamiento de padres y niños y les ayuda para participar como socios durante el proceso de desarrollo, en la planificación, implementación y evaluación de los servicios a la vez que provee ese entrenamiento y ayuda que incluye, poniendo a su disponibilidad, la asistencia en el transporte, las discusiones avanzadas y la ayuda en la lectura y comprensión de los materiales impresos.

12. Conexión a las ayudas naturales:

- a. El sistema de salud conductual, identifica y utiliza en forma apropiada las ayudas naturales que se encuentran disponibles para el niño y las redes de los padres, tales como sus asociados, que incluyen a los amigos, los vecinos, las organizaciones dentro de la comunidad, incluyendo aquellas como las organizaciones religiosas y otros servicios.

Nueve principios para servicios y sistemas orientados a la recuperación de salud conductual de adultos

1. Respeto.

El respeto es la parte fundamental. Conozca a la persona en donde ellos se encuentren, sin tener prejuicios, con mucha paciencia y compasión.

2. Las personas en recuperación escogen los servicios y se les incluye para tomar las decisiones dentro del programa y dentro de los esfuerzos en el desarrollo del mismo.

Una persona en recuperación tiene opciones y oportunidad para dar su opinión. Poseen una auto-determinación en las metas de los servicios y en las decisiones y desarrollo que hacen posible el programa. Esto sucede, en parte, por la constante dinámica de la educación, la discusión y evolución, creando así a un “consumidor educado” con una muy amplia base desde donde las decisiones son formuladas. Las personas en recuperación deben estar involucradas en cada uno de los niveles del sistema, desde la administración hasta las aplicaciones de los servicios.

3. El enfoque sobre el individuo debe ser en su persona por completo, mientras se incluyen las ayudas naturales existentes o las que se desarrollan.

A las personas en recuperación se les toma por completo como las personas que son: capaces, competentes y respetando sus opiniones y decisiones. Como tales, el enfoque que se da es uno en donde se confiere el poder más grande para lograr la mejor autonomía y el estilo de vida más completo y natural que sea posible. Esto incluye el acceso y la participación activa con todas las ayudas materiales y los sistemas sociales habituales para un individuo dentro de una comunidad social.

4. Debe tratarse de conferir el poder a los individuos que se encuentran tomando los pasos hacia una independencia y permitir que tomen los riesgos sin tener miedo al fracaso.

Una persona en recuperación encuentra la independencia a través de la exploración, la evaluación, la contemplación y la acción. Debe mantenerse una atmósfera en la cual la independencia se alienta y se hace más fuerte en un entorno en donde ambos, la seguridad y el riesgo, son valorados como los ingredientes que producen el crecimiento.

5. En donde la integración, colaboración y participación es una opción con la comunidad de su propia elección.

Una persona en recuperación es valorada como un miembro contribuyente de la sociedad y, como tal, es merecedor para pertenecer y ser de beneficio para la comunidad. Tal integración y participación pone énfasis en el papel de esa persona como un miembro vital para la comunidad, con esa dinámica de la comunidad imposible de separarse de la experiencia humana. Se valora el servicio a la comunidad y las actividades como voluntario.

6. La colaboración entre los individuos, el personal y los miembros de la familia/ayudas naturales para compartir las decisiones que se toman en base a la confianza.

Una persona en recuperación, como miembro de la sociedad que es, encuentra la entereza y la ayuda a través de la colaboración. Las alianzas basadas en la compasión con un enfoque en la recuperación y mejoramiento de la auto-confianza amplían el entendimiento de todos los participantes y conducen a la creación de protocolos y resultados óptimos.

7. Las personas en recuperación definen sus propios éxitos.

Una persona en recuperación—en sus propias declaraciones—descubre el éxito, en parte, por los resultados que obtiene en la calidad de su vida, que pueden incluir un sentir de bienestar, un avance en la integración dentro de la comunidad y una mayor autodeterminación. Las personas en recuperación son expertos en ellos mismos, definiendo sus propias metas y los resultados que desean.

8. Servicios basados en la entereza, flexibles, sensibles a las preferencias culturales de cada individuo.

Una persona en recuperación puede esperar recibir y merecer servicios que sean flexibles, a tiempo y receptivos. Servicios que sean accesibles, que se encuentren disponibles, que sean confiables y responsables y que sean sensibles a sus valores y costumbres tradicionales. Una persona en recuperación es la fuente de su propia entereza y capacidad de adaptación. Todos aquellos que funcionan como ayudas y coordinadores identifican y exploran para proveer una entereza mejorada en el individuo para poder emplearla como una herramienta para la generación de una autonomía y efectividad en la vida aún mayores.

9. La esperanza es la base fundamental en el camino hacia la recuperación.

Una persona en recuperación tiene la capacidad de tener esperanza y prospera cuando tiene asociaciones que fomentan la esperanza. A través de la esperanza, un futuro de posibilidades enriquece las experiencias de la vida y crea un entorno en que los resultados positivos que son extraños e inesperados se vuelven realidades. Una persona en recuperación se considera ser una persona sin límites en su potencial y en las posibilidades que tiene.

Clínicas interdisciplinarias de múltiples especialidades

Las Clínicas Interdisciplinarias de Múltiples Especialidades (Multispecialty Interdisciplinary Clinics, MSIC) son clínicas donde los miembros menores de 21 años pueden ver a sus especialistas médicos y a cualquier otro profesional involucrado en su atención y hacerlo todo en una misma ubicación. En la MSIC, usted y su familia pueden interactuar personalmente con los integrantes de su equipo de proveedores para obtener atención médica, planificar su tratamiento y recibir otros servicios que pudiera necesitar. Cada MSIC está abierta de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes. Algunas clínicas específicas, como la clínica cardíaca, pueden tener días y horarios diferentes. Comuníquese con su MSIC para obtener un horario de las clínicas. Para hacer, cambiar o cancelar citas en la MSIC, póngase en contacto con la MSIC al número de teléfono de la clínica anotado a continuación.

Los proveedores médicos de su equipo pueden ser:

Cirujanos

Cirujanos pediátricos generales
Cirujanos cardiovasculares y torácicos
Cirujanos otorrinolaringólogos (ORL)
Neurocirujanos
Cirujanos oftalmológicos
Cirujanos ortopédicos (generales y especialistas en manos, escoliosis, amputaciones)
Cirujanos plásticos

Médicos especialistas

Cardiólogos
Neurólogos
Reumatólogos
Pediatras generales
Genetistas
Urólogos
Especialistas en metabolismo

Proveedores de servicios dentales

Dentistas
Ortodoncistas

Las MSIC del CRS se encuentran en las siguientes ubicaciones:

DMG Children's Rehabilitative Services

3141 North 3rd Avenue
Phoenix, AZ 85013
602-914-1520
855-598-1871

Children's Clinics

Square & Compass Building
2600 North Wyatt Drive
Tucson, AZ 85712
520-324-5437
800-231-8261

Children's Rehabilitative Services

1200 North Beaver
Flagstaff, AZ 86001
928-773-2054
800-232-1018

Children's Rehabilitative Services

2851 South Avenue B
Building 25 #2504
Yuma, AZ 85364
928-336-7095
800-837-7309

Autorización previa

UnitedHealthcare Community Plan responderá a la solicitud de autorización previa de su PCP a más tardar 72 horas después de la recepción de la solicitud de autorización, a menos que una extensión esté en vigor. Si no es urgente, se tomará una decisión en el transcurso de catorce (14) días calendario.

En ocasiones es necesario más tiempo para obtener los expedientes médicos. Es posible que necesitemos 14 días más. A esto se le llama extensión. Para cualquier decisión no tomada en este tiempo, la solicitud se considerará rechazada el día que expira el plazo.

Si rechazamos una solicitud, usted recibirá una carta. Si necesitamos una extensión, también recibirá una carta. La carta le informará el motivo de la extensión o del rechazo. Le informará sus derechos de apelación. Los criterios en los que se basan las decisiones están disponibles sobre pedido.

Si tiene preguntas, consulte a su Administrador de Casos o llame a Servicios para Miembros al **1-800-293-3740, TTY 711**.

Libertad de opción.

Una red de proveedores es un grupo de proveedores que tienen un contrato con UnitedHealthcare Community Plan para brindar servicios. Su Administrador de Caso le ayudará a escoger a sus proveedores dentro de la red. Si usted desea escoger a un proveedor basándose en la conveniencia, la localización o su preferencia cultural, usted puede hablar con el Administrador de Caso.

Si nuestra red de proveedores no le es posible proveerle los servicios médicos necesarios que usted requiere, entonces esos servicios pueden obtenerse a través de un proveedor por fuera de nuestra red hasta que pueda contratarse un proveedor dentro de nuestra red.

Los miembros también pueden escoger a su propio planificador familiar, empleando el directorio de proveedores de nuestra red que se encuentra en nuestro sitio en internet o usted puede escoger a un proveedor que no se encuentre en nuestra red de proveedores.

Si usted escoge a un proveedor que no se encuentra dentro de nuestra red, el proveedor necesitará obtener una previa autorización para los servicios.

Todos los proveedores fuera de nuestra red deben también estar registrados con AHCCCS.

Costos compartidos

A las personas que están inscritos en el Sistema de Cuidados a Largo Plazo de Arizona (ALTCS) no se les pide pagar copagos. Esto se aplica a los copagos cobrados bajo Medicaid (AHCCCS). No significa que una persona está exenta de los copagos de Medicare.

En ALTCS, usted puede pagar parte del costo de sus servicios. Si tiene un ingreso mensual, ALTCS calculará cuánto debe pagar. Si vive en un asilo, usted paga su “participación en los costos” a este centro. ALTCS le informará su “participación en los costos del miembro”. Puede solicitar la información de la cantidad a pagar a su trabajador de elegibilidad de ALTCS en cualquier momento.

Si vive en la comunidad, puede tener una participación en los costos a pagar a UnitedHealthcare Community Plan.

Si se encuentra en un centro de residencia asistida, debe pagar la habitación y la alimentación. Usted lo paga directamente a su centro. Su Administrador de Casos le informará cuál será su habitación y su alimentación.

¿Puede un proveedor mandarme una factura?

Recibí una factura por servicios médicos o mi doctor quiere que pague un copago.

Diga al proveedor que usted es un miembro de ALTCS. Muestre su tarjeta de identificación. Usted no tiene que pagar facturas o copagos por ninguno de los servicios cubiertos por ALTCS de parte de proveedores registrados como tales en AHCCCS. Al proveedor no se le permite enviarle una factura. Si usted recibe una factura, llame al proveedor y pídale que no envíe las facturas a usted y que por favor las envíen al departamento de facturas de UnitedHealthcare Community Plan.

¿Cuándo pueden los miembros recibir facturas por beneficios que no están cubiertos por AHCCCS?

Si usted está de acuerdo en pagar los servicios que recibe y que no están cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan o está de acuerdo en recibir servicios que sobrepasan los límites permitidos por el plan, es posible que usted tenga que pagar esa factura.

La ley de AHCCCS R9-22-702D autoriza a un proveedor de AHCCCS a facturar los servicios de un miembro, enviar una reclamación, o exigir o cobrar el pago por dichos servicios en caso de lo siguiente:

1. El miembro solicita un beneficio que no está cubierto ni autorizado por el plan de salud o AHCCCS; y
2. El proveedor le entrega al miembro un documento que describe los beneficios y el costo aproximado; y
3. El miembro firma el documento antes de recibir los beneficios, en el que demuestra que comprende y acepta la responsabilidad de pago.

Medicare y otros seguros

Es importante que usted nos informe si tiene otros seguros o si está inscrito en Medicare. Esto no cambiará ninguno de los servicios o beneficios que usted obtiene de UnitedHealthcare Community Plan. Trate de tener a un PCP que trabaje con ambos UnitedHealthcare Community Plan y el otro seguro que tenga. Esto nos ayudará a coordinar sus beneficios.

Miembros que tengan ambos ALTCS y Medicare se conocen como “dualmente elegibles.” UnitedHealthcare Community Plan puede ayudar a pagar su coseguro y deducibles si usted emplea proveedores de Medicare que también tengan un contrato con UnitedHealthcare Community Plan o que sigan las regulaciones de UnitedHealthcare Community Plan para compartir los costos.

Informe siempre a su doctor si usted tiene otro seguro. Ese otro seguro o Medicare se considerará como su seguro principal. Ese seguro puede pagar por sus servicios médicos. Usted debe emplear primero el plan de su seguro primario. UnitedHealthcare Community Plan es su seguro secundario. UnitedHealthcare Community Plan puede ayudarle a cubrir copagos, coseguro o deducibles que otros seguros harían que usted pagara. Asegúrese de mostrar a su doctor su tarjeta de identificación como miembro de UnitedHealthcare Community Plan y la tarjeta de su otro seguro. Esto le ayudará al doctor saber a dónde mandar su factura. Si usted no reporta a su doctor que tiene otro seguro, puede retardarse el pago de la factura proveniente de UnitedHealthcare Community Plan.

Su Administrador de Caso le ayudará con la administración de sus beneficios. Asegúrese que su Administrador de Caso tiene toda su información acerca de los seguros.

Los beneficios de ALTCS no cambiarán sus beneficios de Medicare. Si usted tiene doble elegibilidad, necesita saber que:

- Si tiene Medicare tradicional, su doctor puede estar registrado en AHCCCS.
- Si usted consulta con un doctor que no está registrado con AHCCCS, usted debe para el copago y el deducible.
- Si usted tiene un plan Medicare HMO/Advantage, su PCP será él de la HMO de Medicare. Usted no tiene que tener un segundo PCP para ALTCS.

Coordinación de beneficios/Responsabilidades para terceras partes:

Sus beneficios de Medicaid dentro de AHCCCS son los que cubrirán los pagos en la última instancia. Eso significa que ellos pagarán solamente hasta que todos los demás recursos/seguros han sido utilizados.

Beneficio de medicamentos recetados de Medicare y miembros de AHCCCS

- Medicare, a diferencia de AHCCCS, ofrece cobertura de medicamentos. El AHCCCS de todos modos pagará por los otros costos de atención médica cubiertos.
- La cobertura de medicamentos de Medicare está disponible para todas las personas que califican con Medicare.
- Debe inscribirse y permanecer en un plan de medicamentos para que Medicare pague sus medicamentos.
- Usted es elegible para recibir ayuda adicional con los costos de Medicare según la Ayuda complementaria del Seguro Social.
- La cobertura de medicamentos de Medicare está establecida para pagar medicamentos genéricos y de marca.
- Puede cambiarse a otro plan de medicamentos en cualquier momento.
- UnitedHealthcare Community Plan paga por algunos medicamentos no cubiertos por Medicare. Los medicamento cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan no tienen un copago.
- UnitedHealthcare Community Plan trabaja con muchas farmacias. Algunas están abiertas las 24 horas del día. Si la farmacia le informa que un medicamento no está cubierto, pídale que se comunique con el administrador de beneficios de farmacia.

Encontrará más información en: UHCCCommunityPlan.com.

Cambios en los medicamentos cubiertos para los miembros de Medicare vigentes a partir del 1º de enero de 2013.

AHCCCS cubre los medicamentos que son medicamento necesarios y eficaces con relación al costo y que están autorizados por las leyes federales y estatales.

En el caso de los beneficiarios del AHCCCS con Medicare, el AHCCCS NO paga por ningún medicamento que por el cual Medicare pueda pagar ni por el costo compartido (coseguro, deducibles y copagos) de estos medicamentos. El AHCCCS y sus contratistas tienen prohibido pagar por estos medicamentos o por participar de los costos (coseguro, deducibles y copagos) para los medicamentos disponibles a través de la Parte D de Medicare incluso si el miembro elige no inscribirse en el plan de la Parte D.

A partir del 1º de enero de 2013, el AHCCCS dejará de pagar los barbitúricos para tratar la epilepsia, el cáncer o los problemas de salud mental, o cualquier benzodiazepina para los miembros que tengan Medicare.

Esto se debe a que la ley federal exige que Medicare comience a pagar por estos medicamentos a partir del 1º de enero de 2013. Algunos de los nombres comunes para las benzodiazepinas y los barbitúricos son los siguientes:

Nombre genérico	Nombre de marca
Alprazolam	Xanax
Diazepam	Valium
Lorazepam	Ativan
Clorazepato dipotásico	Tranxene
Clorhidrato de clordiazepóxido	Librium
Clonazepam	Klonopin
Oxazepam	Serax
Temazepam	Restoril
Flurazepam	Dalmane
Fenobarbital	Phenobarbital
Mebaral	Mephobarbital

El AHCCCS continuará pagando por los barbitúricos para los miembros de Medicare que NO se utilicen para tratar la epilepsia, el cáncer o los problemas de salud mental, incluso después del 1º de enero de 2013.

Para presentar una queja o reclamación

Si usted tiene un problema o una reclamación acerca de UnitedHealthcare Community Plan, solicite ayuda de su Administrador de Caso o de Servicios para Miembros. Si su Administrador de Caso o Servicios para Miembros pueden ayudarle, la queja se considerará resuelta. En ese caso usted ya no recibirá ninguna otra notificación.

Si usted no está satisfecho con la respuesta de su Administrador de Caso o de Servicios para Miembros, usted puede presentar una queja formal. Consulte el “Proceso para quejas de un miembro” abajo anotado.

Usted puede presentar una queja o una reclamación en nuestra contra (la organización para la administración de cuidados) o contra uno de nuestros proveedores.

Si usted piensa que la carta de Notificación de Determinación Adversa de Beneficios no es la adecuada o que no se refiere correctamente a su preocupación, puede contactar a la Administración Médica de AHCCCS al 602-417-4000 o 1-800-654-8713, si no se encuentra en el condado de Maricopa.

Proceso de reclamación de los miembros

Reclamaciones para razones no relacionadas con una Seria Enfermedad Mental (SMI)

Los miembros pueden presentar una reclamación en forma oral ante su Administrador de Caso o llamar a Servicios para Miembros de las 8:00 a.m. a las 5:00 p.m. de lunes a viernes al número de teléfono **1-800-293-3740, TTY 711**. Todos los miembros pueden presentar una reclamación a través de este proceso. Los miembros que han sido señalados como personas con una seria enfermedad mental tienen un proceso diferente anotado en la siguiente sección si la reclamación se relaciona a los derechos, el abuso o el maltrato con los servicios para la salud del comportamiento. Por favor siga ese proceso.

Los miembros también pueden presentar una reclamación por escrito, enviándola a:

UnitedHealthcare Community Plan
Attn: Grievance and Appeals
1 East Washington, Suite 900
Phoenix, AZ 85004

Una vez que el Administrador de Reclamaciones recibe su reclamación, ésta será revisada. La mayoría de las reclamaciones son resueltas dentro de un período de tiempo de 10 días, pero en no más de 90 días.

Si usted necesita ayuda para presentar su reclamación por que no habla inglés y necesita un intérprete o tiene discapacidades del habla o de la visión, contacte a su Administrador de Caso o llame a Servicios para Miembros al **1-800-293-3740, TTY 711**. Información acerca de las reclamaciones se encuentra disponible en diferentes formatos.

Si se determina que usted es una persona que padece de una seria enfermedad mental (SMI), y piensa que sus derechos han sido violados, puede presentar una reclamación/solicitud para que se haga una investigación. Para obtener más información, vea “Grievance/Request for Investigation for Members Determined to Have a Serious Mental Illness” – Reclamación/Solicitud para una investigación de los miembros en los cuáles se ha determinado tener una seria enfermedad mental.

Reclamaciones/Solicitud para una investigación para razones relacionadas a una Seria Enfermedad Mental (SMI)

El proceso de investigación de una Reclamación/Solicitud para una investigación de SMI se aplica solamente para las personas adultas en las cuáles se ha determinado que padecen de una seria enfermedad mental y a cualquier servicio de la salud conductual que ha sido recibido por el miembro.

Usted puede presentar una Reclamación/Solicitud para una investigación si piensa que:

- Sus derechos han sido violados.
- Usted ha sufrido de abuso o maltrato por parte del personal de un proveedor.
- Usted ha sido sometido a un tratamiento en un entorno peligroso, ilegal ó inhumano.

Tiene 12 meses a partir de la fecha en que se violaron sus derechos para presentar una Reclamación/Solicitud para una investigación de SMI relacionada a los servicios de salud conductual que usted haya recibido. Usted puede presentar una Reclamación/Solicitud para una investigación en forma oral o por escrito. Las formas para una Reclamación/Solicitud para una investigación están disponibles en UnitedHealthcare Community Plan y con los proveedores de los servicios de la salud conductual. Usted puede solicitar ayuda para presentar su reclamación.

Contacte a Servicios para Miembros al **1-800-293-3740, TTY 711** o a su Administrador de Caso para presentar oralmente o por escrito una Reclamación/Solicitud para una investigación.

Para presentar una Reclamación/Solicitud para una investigación por escrito, envíela a:

UnitedHealthcare Community Plan
Attn: Grievance and Appeals
1 East Washington, Suite 900
Phoenix, AZ 85004

Reclamaciones acerca del abuso físico, abuso sexual o por la muerte de una persona son investigados por AHCCCS. Para presentar una reclamación contacte a: AHCCCS Office of Grievance and Appeals, 701 E. Jefferson, MD6200, Phoenix, AZ 85034 o llame al 602-364-4575 o envíe un fax al 602-364-4591. Las personas sordas o con problemas de audición pueden llamar a Arizona Relay Service al 711 o 1-800-367-8939 para obtener ayuda para contactar a AHCCCS.

AHCCCS le enviará una carta dentro de los primeros 5 días después de recibir su Reclamación/Solicitud para una investigación. Esta carta le informará como su Reclamación/Solicitud para una investigación será procesada.

Si se va a realizar una investigación, la carta le informará el nombre del investigador. El investigador se pondrá en contacto con usted para conocer más acerca de su Reclamación/Solicitud para una investigación. El investigador se pondrá en contacto con la persona que usted piensa es responsable por la violación a sus derechos. El investigador también coleccionará cualquier otra información que ayuda a determinar si sus derechos fueron violados.

Dentro de los primeros 35 días después de que un investigador ha sido asignado, a menos que se haya solicitado una extensión, usted obtendrá una decisión por escrito de los hallazgos, conclusiones y recomendaciones de la investigación. Usted también será informado de su derecho de apelación a la decisión si no está de acuerdo con las conclusiones de la investigación.

Si usted presenta una Reclamación/Solicitud para una investigación, la calidad de sus cuidados no se alterará.

Notificación de una determinación adversa de beneficios

Si UnitedHealthcare Community Plan decide reducir, suspender o detener un servicio, usted recibirá una **“Notificación de una determinación adversa de beneficios”**:

1. Por lo menos diez (10) días antes de la acción.
2. Por lo menos cinco días antes de la acción en el caso de sospecha de fraude.

Si UnitedHealthcare Community Plan **deniega un servicio**, usted recibirá una **“Notificación de una determinación adversa de beneficios.”** En donde se explique:

1. La acción que se ha tomado o que intentamos tomar.
2. Las razones para dicha acción.
3. Los derechos del miembro para presentar una apelación.
4. Cómo presentar una apelación.

5. Cuando exista la posibilidad de una apelación acelerada y cómo presentarla.
6. El derecho de continuar recibiendo los beneficios actuales mientras la resolución de la apelación toma lugar. Cómo solicitar que continúen los beneficios actuales. Cuando el miembro puede tener que pagar por esos servicios.

Si usted no está de acuerdo con esta acción, puede presentar una apelación. Usted puede presentar una apelación por:

- La denegación o limitación de un servicio.
- La reducción, suspensión o terminación de un servicio autorizado.
- La denegación por completo o en parte del pago de un servicio.
- La falla de proveer servicios a tiempo.
- La falla de cumplir el proceso de apelaciones dentro de los límites de tiempo establecidos.
- La denegación de la solicitud de servicios por fuera de la red por parte de miembros que vivan en áreas rurales cuando el plan es el único existente en el área.

Apelaciones por los miembros

Apelaciones no relacionadas con una Seria Enfermedad Mental (SMI)

Todos los miembros pueden presentar una apelación a través de este proceso. Los miembros señalados como personas con una seria enfermedad mental tienen un proceso de apelación diferente anotado en la siguiente sección si su apelación se relaciona a razones de SMI. Por favor siga ese proceso.

Apelación estándar.

Una apelación estándar es una solicitud a UnitedHealthcare Community Plan para una revisión de una decisión en la que usted no está de acuerdo.

- UnitedHealthcare Community Plan debe recibir una apelación de su parte o de su agente no más tarde que 60 días a partir de la fecha de la carta de información que usted recibió acerca de una Notificación de determinación adversa de beneficios.
- UnitedHealthcare Community Plan le informará a usted haber recibido su apelación estándar por escrito dentro de los siguientes 5 días hábiles.
- Se le avisará en un día cuando se trate de una apelación acelerada.
- Usted puede solicitar su apelación oralmente o por escrito. Preguntas formuladas acerca de una acción de apelación serán consideradas como apelaciones.

- Revisaremos toda la información que tenemos acerca de su apelación.
- Usted tiene derecho a darnos información en persona o por escrito antes de que se haya tomado una decisión.
- Usted puede revisar el expediente en su caso antes y durante el proceso.
- Las personas que tomarán la decisión sobre las apelaciones no participaron en el proceso de autorización original.
- Si la apelación es por un servicio clínico, las decisiones son tomadas por profesionales que tienen la experiencia clínica apropiada.
- Una vez que toda la información acerca de su apelación es revisada, le enviaremos nuestra decisión. Usted la recibirá dentro de los primeros 30 días a partir de la fecha en que recibimos su apelación.
- Su proveedor o representante autorizado pueden presentar una apelación en su nombre, si ellos han recibido su autorización por escrito.

Notificación de cartas de extensión.

- Puede ser en su beneficio solicitar una extensión.
- UnitedHealthcare Community Plan puede también solicitar una extensión en el mejor de sus intereses para evitar la denegación de su solicitud por no tener toda la información necesaria para aprobar la solicitud. Usted también puede proveer información adicional para apoyar su solicitud.
- Una extensión puede otorgarse hasta por 14 días calendario. Si nosotros solicitamos una extensión, se lo informaremos por escrito.

Apelación acelerada.

Si usted piensa que no puede esperar por una apelación estándar, puede solicitar una apelación acelerada. En este caso, usted debe:

- Creer que un proceso de apelación estándar puede poner en riesgo su vida, salud o habilidad para recuperar su máxima función. Para conocer más acerca de una apelación acelerada, llame a Servicios para Miembros al **1-800-293-3740, TTY 711**.

Usted puede presentar una apelación acelerada verbalmente o por escrito. Si nosotros decidimos que su solicitud no reúne el criterio arriba mencionado, su apelación será cambiada a una apelación estándar. Esta decisión se toma por el Director Médico de UnitedHealthcare Community Plan, por el administrador de utilización u otro profesional médico. Nosotros le comunicaremos lo anterior por escrito. Su solicitud por una apelación acelerada será procesada como una apelación estándar.

- Usted tiene el derecho de darnos información antes de la decisión.
- Usted puede revisar el expediente en su caso antes y durante el proceso. Para solicitarlo, llámenos al **1-800-293-3740, TTY 711**.
- Si su solicitud para una apelación acelerada es aprobada, usted recibirá la decisión dentro de 3 días hábiles.

- Si la decisión no se toma antes del final de ese tiempo, la solicitud será denegada.
- Después de que UnitedHealthcare Community Plan ha revisado su apelación, usted obtendrá una decisión por escrito. Esta notificación le informará como llegamos a esta determinación. También incluirá referencias tales como leyes, regulaciones y políticas, así como la fecha en que se tomó la decisión.

Proceso de apelación.

- Usted puede tener a otra persona que le ayuda durante el proceso de la apelación o que presente la apelación en su nombre. Puede ser un proveedor. Usted debe otorgar su consentimiento por escrito.
- UnitedHealthcare Community Plan no tomará represalias en contra del miembro o proveedor por presentar una apelación.
- Durante el proceso de apelación usted puede continuar obteniendo beneficios. Los requerimientos son:
 - Usted solicita una extensión de sus beneficios.
 - Su apelación debe relacionarse a la suspensión o reducción de un tratamiento autorizado.
 - Los servicios fueron ordenados por un proveedor autorizado.
 - Usted presenta la apelación antes de la acción ó dentro de diez (10) días de la notificación de determinación adversa de beneficios, cualquiera que sea el último en sucederse.
- Un proveedor puede representarlo en la audiencia de apelación si usted le otorga permiso por escrito.

Si usted quiere continuar con sus beneficios, deberá pagar por cualquier beneficio que recibió durante la apelación y la Audiencia Imparcial del Estado si la decisión no es en su favor.

Notificación de resolución de una apelación.

El miembro tendrá una carta de resolución con el siguiente contenido:

1. El resultado de la resolución.
2. Para apelaciones que no son completamente en su favor:
 - a. El derecho de solicitar una Audiencia Imparcial del Estado y cómo hacerlo.
 - b. El derecho de continuar recibiendo beneficios pendientes de los resultados de la audiencia.
 - c. Como solicitar que los beneficios continúen.
 - d. Notificación acerca de su responsabilidad por el costo de esos beneficios si la Audiencia Imparcial del Estado mantiene la posición de UnitedHealthcare Community Plan enunciada en la audiencia.

Audiencia Imparcial del Estado.

- Si usted no está satisfecho con los resultados de la apelación, puede solicitar una Audiencia Imparcial del Estado.
- Un proveedor puede representarlo si usted le otorga permiso.
- Si usted quiere una audiencia, debe notificar a UnitedHealthcare Community Plan por escrito no más tarde de 30 días después de la fecha de recibo de la decisión de la apelación.
- Nosotros contactaremos a ALTCS, quién hará los arreglos para su Audiencia Imparcial del Estado. Un juez presidirá la audiencia.
- Usted puede representarse a usted mismo o puede tener un pariente, un abogado, un amigo u otro representante a los cuáles les haya dado su consentimiento por escrito.
- Antes y durante la audiencia, usted tiene el derecho de revisar el expediente en su caso. Usted puede examinar los documentos que pueden ser considerados. Usted puede introducir sus propios testigos. Usted puede presentar cualquier información relacionada a su caso.
- Después de los procedimientos, el juez emitirá su decisión recomendada para ALTCS.
- ALTCS revisará esta decisión y le enviará la decisión del Director al miembro.

El proceso para una audiencia se declara en la carta. Usted puede contactar a Servicios para Miembros o a su Administrador de Caso.

Apelaciones para la determinación de SMI y otras razones para SMI

Una seria enfermedad mental (SMI) es un desorden mental en personas de 18 años de edad o mayores severo y persistente. La Red de Respuesta a las Crisis (CRN), un proveedor bajo contrato con UnitedHealthcare Community Plan, hará la determinación de una seria enfermedad mental después de recibir a una persona referida o cuándo se le solicite.

Los miembros que soliciten una determinación de una seria enfermedad mental y los miembros en quienes ya se ha determinado que padecen de una seria enfermedad mental pueden apelar el resultado de la determinación recibida de padecer una seria enfermedad mental.

CRN le enviará a usted una carta para comunicarle el resultado de la decisión final acerca de la determinación de su SMI. A esta carta se le llama Notificación de la decisión (Notice of Decisión). Esta carta incluirá información acerca de sus derechos y la forma en que usted puede presentar una apelación a esta decisión. Para presentar una apelación, usted puede llamar a CRN al 1-855-832-2866.

Las personas en quienes se determina que padecen de una seria enfermedad mental también pueden apelar ciertos aspectos de su plan de tratamiento.

Las personas en quienes se ha determinado que padecen de una seria enfermedad mental también pueden apelar a las siguientes decisiones adversas:

- Una decisión acerca de las cantidades a cobrar o las exenciones.
- El reporte de evaluación y los servicios recomendados dentro del plan de servicios o tratamientos individuales o el plan para ser dados de alta.
- La negación, reducción, suspensión o terminación de cualquier servicio que sea un servicio con cobertura recibido de fondos Sin Título 19/21 (Non-Title 19/21 funds).*
- La capacidad de poder tomar decisiones, necesidad de tener un guardián, u otros servicios de protección o con la necesidad de asistencia especial.

**Las personas en las que se ha determinado que padecen de una seria enfermedad mental no pueden apelar una decisión para negar, suspender o terminar servicios que ya no se encuentran disponibles debido a reducciones de fondos por el Estado.*

¿Qué sucede después de que yo he presentado una apelación ante SMI?

Si usted presenta una apelación, recibirá dentro de los primeros 5 días hábiles una notificación por escrito informando que su solicitud ha sido recibida por UnitedHealthcare Community Plan. Usted tendrá una conferencia informal con UnitedHealthcare Community Plan dentro de los siguientes 7 días después de haber presentado su solicitud de apelación. Esta conferencia informal será programada en la hora y lugar que sean convenientes para usted. Usted tiene el derecho de nombrar a un representante que le convenga para que le asista en la conferencia. Usted y todos los demás participantes serán informados por escrito del sitio y hora de la conferencia por lo menos 2 días antes de que tome lugar. Usted puede participar en esta conferencia por teléfono.

Para una apelación que necesita ser acelerada, recibirá por escrito confirmación en el lapso de 1 día después de que fue recibida por UnitedHealthcare Community Plan, informándole que su solicitud ha sido recibida, y la conferencia informal deberá tener lugar dentro de los siguientes 2 días después de haberse recibido su solicitud de apelación.

Si la apelación es resuelta a su entera satisfacción durante la conferencia informal, usted recibirá una notificación por escrito en donde se mencionarán las razones por su apelación, la resolución a la cual se ha llegado y la fecha en que dicha resolución será implementada. Si no se llega a una resolución acerca de su apelación durante la conferencia informal, el siguiente paso a seguir será tener una segunda conferencia informal con AHCCCS. Usted puede solicitar una exención de esta segunda conferencia informal y proceder a una Audiencia Imparcial del Estado. Si usted opta por la exención de la segunda conferencia informal con AHCCCS, UnitedHealthcare Community Plan le asistirá para llenar una solicitud para una Audiencia Imparcial del Estado a final de la conferencia informal que tuvo con UnitedHealthcare Community Plan.

Si no se llega a una resolución de su apelación durante la segunda conferencia informal con AHCCCS, a usted se le dará información de cómo puede obtener una Audiencia Imparcial del Estado. La oficina de Reclamaciones y Apelaciones (Office of Grievance and Appeals) en AHCCCS procesa las solicitudes para Audiencias Imparciales del Estado después de la conclusión de segundas conferencias informales.

¿Continuarán mis servicios durante el proceso de apelación?

Si usted presenta una apelación, usted continuará recibiendo cualquiera de los servicios que recibía a menos que un clínico calificado decida que reduciendo o terminando los servicios es en su beneficio o si usted acuerda por escrito a la terminación o reducción de esos beneficios. Si la resolución de su apelación no es en su favor, UnitedHealthcare Community Plan puede requerir que usted pague por los servicios recibidos durante el proceso de apelación.

Preguntas y respuestas acerca de las apelaciones

P: ¿Qué pasa si yo necesito ayuda presentando una apelación o si yo necesito un intérprete?

R: Si usted necesita ayuda para presentar una reclamación por que no habla inglés y necesita un intérprete o tiene una discapacidad de la audición o la visión, contacte a su Administrador de Caso o llame a Servicios para Miembros al **1-800-293-3740, TTY 711**.

P: ¿Cómo puedo presentar una apelación?

R: Usted puede presentar una apelación hablando por teléfono o por escrito. Todas las cartas relativas a la apelación deben enviarse a:

UnitedHealthcare Community Plan Appeal Manager

1 East Washington, Suite 900

Phoenix, AZ 85004

O llame a Servicios para Miembros al **1-800-293-3740, TTY 711**.

Usted puede presentar una apelación o una reclamación en contra nuestra (la organización para la administración de sus cuidados) o en contra de un proveedor. Para conocer más detalles en las presentaciones de apelaciones, consulte el Proceso de Reclamaciones de los Miembros.

Derechos como miembro

Usted tiene derecho a:

- Presentar una queja o reclamación acerca del plan de salud.
- Solicitar información acerca de la estructura y operación del plan de salud o de los subcontratistas.
- Preguntar a UnitedHealthcare Community Plan acerca de cualquiera de los planes de Incentivos para doctores que afectan el uso de servicios de referencias.
- Conocer los tipos de arreglos de compensación que el plan de salud emplea.
- Conocer si es necesario detener la pérdida de seguro.
- Obtener los resúmenes de las encuestas para los miembros.
- Recibir un tratamiento justo, independientemente de su raza, color, nacionalidad, sexo, edad, discapacidad, orientación política, religión, capacidad de pago o previa historia médica.
- Ser examinado en privado.
- Hablar de sus cuidados médicos en privado.
- Esperar que sus expedientes médicos sean leídos solamente por el personal involucrado en sus cuidados u otros si usted otorga un permiso específico.
- Tener en forma privada los récords médicos acerca de sus cuidados, incluyendo el hecho que usted es parte de ALTCS.
- Coordinar que sus cuidados de salud con escuelas y con las agencias del Estado sean dentro de los límites de regulaciones aplicables [42 CFR 438.10(e)(2)(i)(c)].
- Solicitar una segunda opinión con un profesional calificado de la salud dentro de la red de UnitedHealthcare Community Plan de manera gratuita. Una segunda opinión puede recibirse de un proveedor por fuera de la red sin costo para usted si no hay cobertura dentro de nuestra red.
- Obtener información de parte de su doctor acerca de su diagnóstico, cuidados de salud y posible(s) consecuencia(s).
- Obtener información acerca de opciones de tratamiento en un formato que usted pueda comprender o hacer que su Administrador de Caso se lo explique.
- Obtener reemplazo de un asistente para los cuidados dentro de un término de 2 horas.
- Que le provean información acerca de la manera en que puede escribir una Directiva Avanzada.
- **Usted tiene el derecho de obtener anualmente una copia de sus expedientes médicos, sin costo para usted, cuando lo solicite por escrito.**
- Obtener una respuesta de UnitedHealthcare Community Plan a los miembros dentro de un período de 30 días después de solicitar copias de sus expedientes médicos. La respuesta puede ser las copias de dichos expedientes o puede ser una denegación por escrito, incluyendo la razón para esta denegación e información acerca de la solicitud para revisar la denegación de acuerdo a 45 CFR Part 164 (AMPM 930.1.iv).

- Solicitar que sus expedientes médicos sean enmendados o corregidos de acuerdo a 42 CFR part 164.
- Estar libre de sujeción o restricción como una forma de coerción, disciplina, conveniencia o represalia, de acuerdo a las leyes federales.
- Recibir información acerca de los beneficiarios o información acerca del plan.
- Ser tratado con respeto y con la consideración adecuada para su dignidad y privacidad.
- Participar en las decisiones acerca de sus cuidados de salud, incluyendo el derecho a rehusar tratamiento.
- Obtener una lista de nuestros proveedores sin costo para usted que muestre los idiomas que los doctores hablan. Para obtener esta lista, llame a Servicios para Miembros al **1-800-293-3740, TTY 711** o a su Administrador de Caso.
- Ir a cualquier hospital u otra institución para obtener cuidados de emergencia.

Su derecho para una directriz anticipada

Todos los pacientes en hospitales, centros de convalecencia u otros lugares de atención médica tienen derechos. Tiene derecho a mantener sus expedientes clínicos y personales en privado. Tiene derecho a saber qué tratamiento recibirá.

Según la ley federal, tiene derecho a realizar una **“directriz anticipada”**. Este es un documento que expresa por anticipado qué tratamiento quiere y cuál no quiere. Esto resulta útil cuando no puede informar sus deseos al personal médico. Esta sección ayudará a explicar esta ley. Requiere que hospitales, centros de enfermería y otros proveedores le informen sobre las directrices anticipadas. Describe sus opciones al tomar decisiones sobre atención médica. La ley incrementa su control sobre las decisiones de tratamiento.

Algunos sitios web útiles:

Sitio de planificación de atención médica del Procurador General de Arizona:

http://www.azag.gov/life_care

Registro de directrices anticipadas de Arizona: http://www.azsos.gov/adv_dir/

P: ¿Qué es una directriz anticipada?

R: Es una declaración por escrito sobre cómo desea que se tomen sus decisiones de salud. Según la ley de Arizona, existen tres tipos comunes. Estos se enumeran a continuación:

1. Un poder notarial para atención médica.
2. Un testamento en vida.
3. Una directriz de atención médica previa al hospital.

- 1. Un poder notarial para atención médica** — es un documento legal donde nombra a un adulto para que tome las decisiones de atención médica por usted cuando no pueda tomar o informar dichas decisiones a los demás.

El poder de representación para atención médica debe:

- Establecer el nombre de la persona que desea que tome las decisiones de salud por usted.
- Establecer que esta persona puede tomar decisiones de atención médica por usted solamente cuando usted no pueda hacerlo, si eso es lo que desea.
- Estar firmado y fechado por usted.

Su poder notarial para atención médica también puede tener las siguientes características:

- Incluir detalles de la atención médica que desea o no desea. Esto podría incluir el rechazo de procedimientos si se encuentra en una “etapa terminal”. Una “etapa terminal” es cuando un paciente no tiene cura y morirá sin procedimientos de soporte vital. (Esto debe estar indicado por escrito por dos médicos). También se considera una “etapa terminal” si un paciente se encuentra en estado vegetativo permanente o en un coma irreversible.
- Nombrar a una segunda persona para que tome estas decisiones si la primera no es capaz de hacerlo.
- Incluir las firmas de testigos que no están relacionados con usted.

- 2. Un testamento en vida** — es una declaración por escrito (documento legal) sobre la atención médica que desea o no desea si no puede tomar estas decisiones. Un testamento en vida puede expresar si desea ser alimentado por sonda en caso de estar inconsciente y no poder recuperarse o si no puede comer o beber. Un testamento en vida puede guiar a los doctores a rechazar o continuar los procedimientos si se encuentra en una “etapa terminal”. Puede informar a los médicos si utilizar o no otros procedimientos de soporte vital. Sus médicos utilizarán el testamento en vida solamente si usted no puede establecer sus decisiones de atención médica.

Consejos generales sobre cómo hacer un testamento en vida válido:

- Obtenga un testamento en vida de su abogado o de fuentes profesionales de confianza, como papelerías o sitios web confiables.
- Firme y feche su testamento en vida delante de dos testigos, quienes también deben firmarlo.
- Ninguno de los testigos puede estar involucrado directamente en su atención.

Además, uno de los testigos no debe:

- Tener relación con usted, ya sea consanguínea o por matrimonio.
- Tener derecho a ninguna de sus propiedades.
- Tener una reclamación contra la propiedad.
- Pagar directamente por su atención médica.

3. Una directriz de atención médica previa al hospital — es una directriz por escrito (documento legal) que rechaza determinada atención para salvar la vida fuera de un hospital o en una sala de emergencias. Debe completarse según lo exige la ley. Este formulario enumerará tres tipos de tratamientos que puede rechazar:

- Compresión torácica (para reanimar su corazón).
- Desfibrilación (corregir electrónicamente el latido del corazón).
- Ventilación asistida (respirar a través de un respirador).
- Intubación (proveer aire a través de un tubo).
- Medicamentos de soporte vital avanzados.

Si desea una directriz previa al hospital, hable con su PCP.

Además, una directriz previa al hospital debe:

- Estar firmada o identificada por usted y fechada.
- Estar firmada por un proveedor de atención médica autorizado y un testigo.

P: ¿Quién tiene derecho a tomar decisiones acerca de la atención médica?

R: Usted tiene este derecho si puede informar cuáles son sus decisiones a los proveedores. Usted decide qué atención médica, en caso de haberla, no aceptará.

P: ¿Qué sucede si no puedo informar cuáles son mis decisiones de atención médica a los proveedores?

R: Aún tiene cierto control si tiene una directriz anticipada. Su proveedor debe indicar en su historia clínica si tiene una directriz anticipada o no. Si no designó a nadie en su directriz anticipada, su PCP debe buscar una persona autorizada para que tome dichas decisiones.

P: ¿Se debe respetar mi directriz anticipada?

R: Sí. Los proveedores de atención médica y la persona que designó en su directriz deben respetar una directriz anticipada válida.

P: ¿Es necesario que sea un abogado quien escriba mi directriz anticipada?

R: No necesariamente; sin embargo, es una buena costumbre y es aconsejable tener un abogado o asesor legal que revise los documentos legales. Los grupos locales y nacionales pueden proporcionarle datos y formularios. Asegúrese de que toda directriz anticipada que utilice sea válida según la ley de Arizona.

P: ¿Quién debe tener una copia de mi directriz anticipada?

R: Entregue una copia a su PCP. Entréguela a cualquier centro de atención médica durante la admisión. Si tiene un poder notarial para atención médica, entregue una copia a la persona que usted designó. Conserve copias adicionales para usted y su Administrador de Casos. Así mismo, guarde una copia en un lugar seguro y de fácil acceso.

P: ¿Se me puede exigir hacer una directriz anticipada?

R: No. La decisión de hacer una es exclusivamente suya. Un proveedor no puede negarle atención por el hecho de que usted tenga o no una directriz.

P: ¿Puedo cambiar o cancelar mi directriz anticipada?

R: Sí, pero es importante que siga los mismos pasos descritos arriba. Si la cambia o cancela, infórmelo a su Administrador de Casos y a su PCP.

P: ¿Qué sucede si ya tengo una directriz anticipada?

R: Es posible que desee revisarla o que un abogado o asesor legal lo haga por usted. Si se realizó en otro estado, asegúrese de que tenga validez en Arizona. Si la hizo antes de septiembre de 1992, la ley cambió. Se encuentran disponibles nuevas opciones, así que podría considerar hacer una nueva.

P: ¿La ley de Arizona limita lo que se puede hacer en una directriz anticipada?

R: La ley de Arizona no permite acciones u omisiones (no cumplimiento) que ocasionen una lesión o la muerte de adultos con dificultades físicas o mentales. Es importante tener una directriz anticipada adecuada que establezca sus deseos sobre qué tratamientos desea o no desea.

P: ¿Quién puede tomar decisiones legales de atención médica si yo no puedo hacerlo y no poseo una directriz anticipada?

R: Un juez puede asignar un tutor para que tome las decisiones de atención médica por usted. De lo contrario, su proveedor de atención médica debe seguir esta lista para encontrar una persona:

- Su esposo o esposa, a menos que esté separado/a legalmente.
- Su hijo/a adulto/a. Si tiene más de un/a hijo/a adulto/a, el mayor de ellos.
- Su madre o padre.
- Su pareja de hecho, a menos que alguna otra persona tenga responsabilidad financiera por usted.
- Su hermano o hermana.
- Un/a amigo/a cercano/a. (una persona que demuestre especial preocupación por usted y conozca sus opiniones de atención médica).

Si su proveedor no puede encontrar una persona que pueda tomar decisiones de atención médica por usted, su PCP podrá tomar las decisiones. Su PCP puede hacerlo con un comité de ética o con la aprobación de otro médico.

Usted puede evitar que alguien tome decisiones por usted al expresarlo por escrito. Por ejemplo: la persona que designe en su directriz anticipada no tendrá derecho a rechazar el uso de sondas para proporcionarle alimentos o bebidas, si esta es su decisión, a menos que suceda lo siguiente:

- Haya asignado a esa persona para que tome las decisiones por usted en un poder notarial para atención médica.
- Un juez haya asignado a esa persona como su tutor para que tome las decisiones de atención médica por usted.
- Haya establecido en una directriz anticipada que no desea este tratamiento.

Si tiene preguntas sobre las directrices anticipadas, consulte a su Administrador de Casos.

*** *UnitedHealthcare Community Plan le brinda información general sobre las directrices anticipadas; SIEMPRE CONSULTE A SU ABOGADO O ASESOR LEGAL ANTES DE FIRMAR CUALQUIER DOCUMENTO LEGAL.***

Fraude y abuso

El fraude y el abuso generalmente son daños realizados a otras personas. El fraude y el abuso son ilegales. Cometer estos actos que son fraudulentos y abusivos puede hacer que pierda su elegibilidad de ALTCS. Las sanciones incluyen multas o la prisión.

Definiciones:

Fraude.

El fraude está definido por la ley federal (42 del Código de Regulaciones Federales [Code of Federal Regulations, CFR] 455.2). Es un engaño o falsedad deliberado/a realizado/a con el conocimiento de que dicho engaño podría resultar en un beneficio no autorizado. Incluye cualquier acto que constituya un fraude en virtud de la ley federal o estatal.

Abuso.

El abuso está definido por la ley federal (42 CFR 455.2). Incluye prácticas del proveedor que se contradicen con las prácticas médicas, comerciales o fiscales, y tienen como resultado un costo innecesario para Medicaid. O puede ser el reembolso de servicios que no son necesarios desde el punto de vista médico o que no cumplen con los criterios profesionales. También incluye las prácticas del receptor que resultan en costos innecesarios para Medicaid.

Abuso del miembro.

El abuso de un miembro está definido por la ley de Arizona (A.R.S. 46-451 y 13-3623). Implica toda provocación imprudente, con conocimiento o intencional de daño o lesión física causada por acciones u omisiones negligentes, confinamiento no razonable, abuso sexual o emocional o agresión sexual.

Ejemplos de fraude y abuso.

- Si no le informa a su trabajador de elegibilidad de AHCCCS o Administrador de Casos que obtuvo una importante suma de dinero o vendió su casa (transferencia/ocultamiento).
- Si inventa una dirección del lugar donde está viviendo.
- Fingir que más o menos personas viven en su casa.
- Si no es honesto respecto a ser un ciudadano estadounidense.
- Ingreso no declarado: si no informa a AHCCCS o a su Administrador de Casos que está ganando más dinero.
- Condición médica falsa: si no es sincero respecto a su salud.
- Dejar de informar Responsabilidad de terceros (Third Party Liability, TPL): si no informa a AHCCCS o a su Administrador de Casos sobre otro seguro que tenga.
- Si no notifica a su Administrador de Casos y AHCCCS cuando hay un cambio en el tamaño de la familia y otros cambios demográficos.

Un proveedor puede cometer fraude o abuso. Algunos ejemplos:

- Brindarle atención que no necesita.
- Facturarle servicios que no recibió.
- Mantenerlo en un hospital más tiempo del que necesita.
- Ocasionalmente dañar físico o mental.
- Malversar sus fondos fiduciarios.
- Dejar de cumplir con su plan de atención.

Si considera que existe fraude o abuso con los proveedores, el personal u otros miembros, llame a Servicios para Miembros al **1-800-293-3740, TTY 711**. No utilizaremos su nombre en su informe. No tendrá problemas por informar estos hechos. Estudiaremos el asunto por usted. También puede llamar a AHCCCS al **1-888-487-6686** o **602-417-4193** o ingresar al sitio en internet **www.azahcccs.gov**. Usted no tiene que dar su nombre.

Recursos comunitarios

Ayuda para dejar de fumar

¿Le gustaría hacer un plan para dejar de fumar?

Hay grupos comunitarios de apoyo y tratamiento, atención y servicios para dejar de fumar disponibles para los miembros en www.azdhs.gov/tobaccofreeaz. O contacte ASHLine Quit NOW.

1-800-556-6222

Si desea obtener medicamentos recetados para dejar de fumar, ASHLine lo llamará en los próximos tres días. Si está preparado para DEJARLO AHORA no espere; llame al **1-800-556-6222**.

www.ashline.org.

Atención de la diabetes

Asociación Americana de la Diabetes (American Diabetes Association):

<http://www.diabetes.org/home.jsp>

También puede llamar a la Asociación Americana de la Diabetes al **1-800-DIABETES** (1-800-342-2383). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 8:00 p.m., hora estándar del este.

O bien, puede escribir a la siguiente dirección:

American Diabetes Association

ATTN: National Call Center

1701 North Beauregard Street

Alexandria, VA 22311

Arizona Alzheimer's Association

<http://www.alzdsww.org/> o por teléfono:

1-800-272-3900 para la línea de ayuda las 24 horas de la Asociación de Alzheimer

Consejo del gobernador de Arizona sobre traumatismo craneal y lesiones de la médula espinal

<http://www.azheadspine.org/index.asp>

o por teléfono: 1-602-863-0484

Información de la comunidad y referencia

El sitio web y los contactos a continuación tienen información sobre vivienda y refugio, ayuda para pagar facturas, salud mental y grupos de apoyo y mucho más.

<https://211arizona.org/>

2-1-1 dentro de Arizona.

1-877-211-8661 desde cualquier lugar.

1-602-263-8845 Administración.

1-602-263-0979 fax.

1-800-367-8939 TDD (Arizona Relay).

Alianza Nacional sobre las Enfermedades Mentales (NAMI)

NAMI es la organización pública de la salud mental más grande de la nación. Está dedicada a contribuir en la formación de una mejor vida para millones de americanos afectados por enfermedades mentales.

<http://www.namiaz.com>

602-244-8166

Coalición de Arizona en contra de la violencia sexual y doméstica

Su misión es la de guiar, promover, educar, colaborar en la prevención y erradicación de la violencia sexual y doméstica en Arizona.

<http://www.acesdv.org/>

Local: 602-279-2900

Número gratuito: 1-800-782-6400

TTD/TTY: 602-279-7270

Health-e-Arizona Plus

www.healtharizonaplus.gov

Permite a los miembros de AHCCCS ver la información sobre su atención médica y la inscripción de los planes para los siguientes servicios:

- AHCCCS.
- Parte D, que es el beneficio de medicamentos recetados de Medicare.
- KidsCare.
- Salud conductual.
- Medicare.
- Otros seguros médicos.

Los miembros de AHCCCS también pueden ver dos años de la información de inscripción. Los miembros pueden conectarse con los sitios web de su plan de salud. Los miembros pueden ver la fecha de inscripción en su plan de salud. Pueden conectarse con el sitio web de cambio de inscripción anual. Pueden verificar si AHCCCS tiene su dirección correcta.

AZ Links

AZ Links es el Centro de recursos para la discapacidad y el envejecimiento de Arizona (Arizona's Aging and Disability Resource Center, ADRC), creado para ayudar a las personas mayores o con discapacidades y a sus cuidadores y familiares del estado de Arizona a ubicar recursos y servicios que satisfagan sus necesidades.

Visite <https://www.AZLinks.gov>.

Arizona 211

Este sitio web lo ayuda a encontrar recursos de atención infantil, trabajos, atención médica y seguro. Muestra los boletines y las alertas de catástrofes o emergencias. Colabora con el gobierno, los grupos comunitarios, las organizaciones sin fines de lucro y los grupos tribales para ayudarlo a encontrar recursos.

Visite <https://211arizona.org/>.

WIC

El programa Arizona Women, Infants, and Children (WIC) le provee a los residentes de Arizona con alimentación nutritiva, educación acerca de la nutrición y referencias. Las personas que usan WIC son mujeres que están embarazadas, se encuentran amamantando bebés o acaban de tener un bebé; y niños pequeños y más grandes que tienen necesidades nutricionales y los cuáles llenan los requerimientos de las guías para el ingreso. Para obtener más información, llame a la línea directa de WIC al 1-800-252-5942 o visite www.azwic.gov.

Agencias sobre el envejecimiento de su área local

Las Agencias del área para la vejez (Area Agency on Aging, AAA) se establecieron a través de las enmiendas a la Ley de Protección de Estadounidenses de Edad Avanzada de 1972 con el fin de proporcionar una estructura local para tratar las necesidades e inquietudes de las personas mayores. El objetivo de una agencia sobre el envejecimiento del área es permitir a las personas mayores mantener el mayor tiempo posible la máxima independencia y dignidad dentro de sus hogares y comunidades al desarrollar un sistema de servicios integrales, coordinados para satisfacer sus necesidades. Las AAA también brindan Programas Estatales de Asistencia en Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). Pueden informar sobre Medicare y las diferentes opciones de planes Medicare. Las AAA están enumeradas a continuación por condado.

CONDADO DE MARICOPA

<http://www.aaaphx.org/>

Area Agency on Aging, Region One
1366 E. Thomas Rd., Suite 108
Phoenix, AZ 85014

Teléfono: **602-264-2255** Fax:

602-230-9132

Línea gratuita: **1-888-783-7500**

CONDADOS DE COCONINO, YAVAPAI, APACHE, Y NAVAJO

<http://nacog.org/>

Northern Arizona Council
of Governments (NACOG)
43 S. San Francisco Street
Flagstaff, AZ 86001

Teléfono: **928-213-5226** Fax: **928-214-7235**

Línea gratuita: **1-877-521-3500**

CONDADOS DE LA PAZ, MOHAVE Y YUMA

<http://www.wacog.com/>

Western Arizona Council of Governments
(WACOG)

Teléfono con operadoras centrales:

1-800-782-1886

CONDADO DE MOHAVE

208 N. Fourth Street

Kingman, AZ 86401

Teléfono: **928-753-6247**

CONDADOS DE GILA Y PINAL

Area Agency on Aging, Region Five
Pinal-Gila Council For Senior Citizens
8969 W. McCartney Road

Casa Grande, AZ 85294-7432

Teléfono: **520-836-2758**

Línea gratuita: **1-800-293-9393**

CONDADO DE PIMA

<http://www.pcoa.org/>

Condado de Pima on Aging
8467 E. Broadway Blvd.
Tucson, AZ 85710

Teléfono: **520-790-7262**

Fax: **520-790-7577**

Apoyo y defensa

Si necesita ayuda para obtener servicios, contacte a su Administrador de Casos.

Centros para una vida independiente.

Condado de Maricopa:

Ability 360

ABIL-5025 East Washington Street Phoenix, AZ 85034

602-667-0277

Llamada gratuita: **1-800 280-2245**

TTY: **602-296-0591**

Norte de Arizona: todos los condados

New Horizons Independent Living

8085 East Manley Drive

Prescott Valley, AZ 86314

Voz/TTY: **928-772-1266**

Todos los condados: Llamada gratuita: **1-800-406-2377**

Condados de Coconino, Navajo, y Apache:

ASSIST! to Independence

P.O. Box 4133

Tuba City, AZ 86045

1-928-283-6261

Arizona Center for Disability Law

5025 East Washington Street, Suite 202

Phoenix, AZ 85034

Phone: **602-274-6287** (voz o TTY)

1-800-927-2260 (Llamada gratuita)

Fax: **602-274-6779**

Sitio web: <http://www.acdl.com/>

Apoyo para la salud conductual

Mental Health America of Arizona (MHAAZ)

<http://www.mhaarizona.org/>

Llame a Mental Health America of Arizona de lunes a viernes al **1-480-994-4407**, fuera del condado de Maricopa llame al **1-800-MHA-9277** (o Fax: **1-480-994-4744**).

La dirección postal de MHAAZ es:

Mental Health America of Arizona

5110 N 40th Street, Suite 201

Phoenix, AZ 85018

National Alliance on Mental Illness (NAMI)

NAMI es la organización de salud mental con la base más grande del país dedicada a construir mejores vidas para los millones de americanos afectados por enfermedades mentales.

<http://www.namiaz.com>

602-244-8166

Arizona Center for Disability Law (ACDL)

ACDL es una organización sin fines de lucro que se dedica a proteger los derechos de las personas con discapacidades físicas, mentales, psiquiátricas, sensoriales y cognitivas.

<https://www.azdisabilitylaw.org/>

Los defensores de ALTCS y sistemas de apoyo

Defensor del pueblo para cuidados a largo plazo

El programa surgió del esfuerzo del gobierno federal y estatal para responder a las inquietudes mencionadas en forma general acerca del abuso, negligencia y atención de baja calidad que la mayoría de nuestros ciudadanos más vulnerables y frágiles (quienes viven en centros de cuidados a largo plazo) eran víctimas. Estos residentes también carecían de la capacidad para ejercer sus derechos o de expresar sus reclamaciones con respecto a sus circunstancias. El principal objetivo del Programa Defensor del pueblo para los cuidados a largo plazo es identificar, investigar y resolver las reclamaciones que realizan los residentes de centros de cuidados a largo plazo o las reclamaciones que se realizan en su nombre.

- Educar a residentes, familias, personal del centro y a la comunidad sobre las cuestiones y los servicios de los cuidados a largo plazo.
- Promocionar y defender los derechos de los residentes.
- Ayudar a los residentes a obtener los servicios necesarios.
- Apoyar y trabajar con la familia y los consejos de residentes.
- Capacitar a los residentes y a las familias para que se puedan defender.

El Programa Defensor del pueblo realizará todo lo que esté a su alcance para ayudar, defender e intervenir en nombre de un residente. Al investigar las reclamaciones, el programa respetará al residente y la confidencialidad de quien realiza la queja y se concentrará en resolver la reclamación según la voluntad del residente.

El Programa Defensor del pueblo acepta reclamaciones provenientes de cualquier fuente. Si tiene una reclamación, inquietud o desea obtener más información, el Programa Defensor del pueblo está disponible para ayudarlo. Para comunicarse con su Defensor del pueblo de los cuidados a largo plazo, comuníquese con la agencia sobre el envejecimiento de su área local.

Centros para una vida independiente

Condado de Maricopa:

Ability 360

ABIL-5025 East Washington Street Phoenix, AZ 85034

602-667-0277

Llamada gratuita: **1-800 280-2245**

TTY: **602-296-0591**

Norte de Arizona: todos los condados

New Horizons Independent Living

8085 East Manley Drive

Prescott Valley, AZ 86314

Voz/TTY: **928-772-1266**

Todos los condados: Llamada gratuita: **1-800-406-2377**

Condados de Coconino, Navajo, y Apache:

ASSIST! to Independence

P.O. Box 4133

Tuba City, AZ 86045

1-928-283-6261

Arizona Center for Disability Law

5025 East Washington Street, Suite 202

Phoenix, AZ 85034

Phone: **602-274-6287** (voz o TTY)

1-800-927-2260 (Llamada gratuita)

Fax: **602-274-6779**

Sitio web: <http://www.acdl.com/>

Ayuda legal

CONDADO DE APACHE

White Mountain Legal Aid
una división de Southern Arizona Legal Aid
5658 Highway 260, Ste. 15
Lakeside, AZ 85929
Teléfono: **928-537-8383 / 1-800-658-7958**

CONDADO DE COCHISE

Southern Arizona Legal Aid
2 Copper Queen Plaza, Upstairs
P.O. Box AL, Bisbee, AZ 85603
Teléfono: **520-432-1639 / 1-800-231-7106**

CONDADO DE COCONINO

DNA People's Legal Services
2323 E. Greenlaw Lane
Flagstaff AZ 86004
Teléfono: **928-774-0653 / 1-800-789-5781**

CONDADO DE GILA

White Mountain Legal Aid
una división de Southern Arizona Legal Aid
5658 Highway 260, Ste.15
Lakeside, AZ 85929
Teléfono: **928-537-8383 / 1-800-658-7958**

CONDADO DE MARICOPA

Community Legal Services
P.O. Box 21538 Phoenix
AZ 85036-1538
Teléfono: **602-258-3434 / 1-800-852-9075**

Community Legal Services
East Side Office
20 W. First St. Suite 101
Mesa, AZ 85201
Teléfono: **480-833-1442 / 1-800-896-3631**

CONDADO DE MOHAVE

Community Legal Services
1720 Beverly, Ste. A
Kingman, AZ 86409
Teléfono: **928-681-1177 / 1-800-255-9031**

NACIÓN NAVAJO

DNA – Chinle Agency Office
P.O. Box 767
Chinle, AZ 86503
Teléfono: **928-674-5242 / 1-800-789-7598**

DNA – Fort Defiance Agency Office
P.O. Box 306
Window Rock, AZ 86515
Teléfono: **928-871-4151 / 1-800-789-7287**

DNA – Hopi Legal Services
P.O. Box 558
Keams Canyon, AZ 86034
Teléfono: **928-738-2251 / 1-800-789-9586**

DNA – Tuba City Agency Office
P.O. Box 765
Tuba City, AZ 86045
Teléfono: **928-283-5265 / 1-800-789-8919**
Fax: **928-283-5460**

Native American Disability Law Center
Farmington Office
3535 E. 30th St., Ste. 201
Farmington, NM 87410
Teléfono: **505-566-5880 / 1-800-862-7271**

Gallup Office
207 S. Second St.
Gallup, NM 87301
Teléfono: **505-863-7455 / 1-877-283-3208**

CONDADO DE PINAL

Southern Arizona Legal Aid
766 North Park Ave.
Casa Grande, AZ 85222
Teléfono: **520-316-8076 / 1-877-718- 8086**

CONDADO DE NAVAJO

White Mountain Legal Aid
una división de Southern Arizona Legal Aid
5658 Highway 260, Ste. 15
Lakeside, AZ 85929
Teléfono: **928-537-8383 / 1-800-658-7958**

Native American Disability Law Center
Farmington Office
3535 E. 30th St., Ste. 201
Farmington, NM 87402
Teléfono: **505-566-5880 / 1-800-862-7271**

Gallup Office
207 S. Second St.
Gallup, NM 87301
Teléfono: **505-863-7455 / 877-283-3208**

TRIBU APACHE DE WHITE MOUNTAIN

White Mountain Apache Legal Aid
una división de Southern Arizona Legal Aid
116 East Oak St. o P.O. Box 1030
Whiteriver, AZ 85941
Teléfono: **928-338-4845 / 1-866-312-2291**

CONDADO DE YAVAPAI

Community Legal Services
401 N. Mt. Vernon
Prescott, AZ 86301
Teléfono: **928-445-9240 / 1-800-233-5114**

EN TODO EL ESTADO

Arizona Center for Disability Law
3839 N 3rd Street, Suite 209
Phoenix, AZ 85012
Teléfono: **602-274-6287 / 1-800-927-2260**

Información legal general sobre sus derechos y sitio web para cada oficina de ayuda legal:
www.azlawhelp.org

Beneficios de Discapacidad 101

Visite az.db101.org/uhc para descubrir como el trabajo puede impactar sus beneficios. Puede ayudarle a entender cuáles son sus incentivos de trabajo, como puede tomar el control acerca de sus beneficios y como planear su futuro. Hay beneficios en internet y calculadoras para el trabajo para jóvenes y adultos. Algunos tópicos que se cubren en Beneficios de Discapacidad 101 incluyen:

Su situación: Haga un planeamiento de sus beneficios personales.

Para ir al trabajo: Encuentre ayuda en su trabajo y conozca como un trabajo puede afectar sus beneficios.

Los jóvenes y sus beneficios: Aprenda como administrar su escuela, el trabajo y sus beneficios, incluyendo los consejos para los padres.

Beneficios monetarios: Aprenda acerca de los beneficios que pueden ayudarle a cubrir sus necesidades básicas.

Cobertura para los cuidados de su salud: Explore múltiples opciones de cobertura para la salud de recursos públicos y privados.

Programa AHCCCS Freedom to Work: Conozca como programas estatales y federales pueden financiar sus planes para una carrera.

Para obtener información adicional o asistencia para el acceso a AZDB101, por favor contacte a su Administrador de Caso, quien tiene acceso directo a nuestro Especialista en Educación y Empleo.

Arizona Center for Disability Law (ACDL)

ACDL es una organización sin fines de lucro que se dedica a proteger los derechos de las personas por discapacidades físicas, mentales, psiquiátricas, sensoriales y cognitivas.

<https://www.azdisabilitylaw.org/>

Casa-Habitaciones para personas con bajos ingresos

Para obtener información acerca de viviendas y refugios para personas de bajos recursos:

<https://211arizona.org/>

Recursos dentales de la comunidad en Arizona

Clínica/ Organización	Condado	Número de teléfono	Dirección	Sitio web
Adelante Healthcare	Maricopa	623-386-1630	306 E Monroe Buckeye, AZ 85326	http://www.adelantehealthcare.com
Adelante Healthcare	Maricopa	480-274-7303	1705 W Main St Mesa, AZ 85201	http://www.adelantehealthcare.com
Adelante Healthcare	Maricopa	623-544-5189	15351 W Bell Rd Surprise, AZ 85374	http://www.adelantehealthcare.com
Arizona School of Dentistry and Oral Health	Maricopa	480-248-8100	5855 E Still Circle Mesa, AZ 85206	http://www.atsudental.com/home
Canyonlands Community Healthcare	Coconino	928-643-6215	827 Vista Ave Page, AZ 86040	http://cchcaz.org
Canyonlands Community Healthcare	Navajo	928-697-8154	Chilchinbeto Clinic Kayenta, AZ 86033	http://cchcaz.org
Canyonlands Community Healthcare (Beaver Dam)	Mohave	928-347-5971	3272 East Rio Virgin Rd Beaver Dam, AZ 86432	http://cchcaz.org
CARE Partnership	Maricopa	480-833-8987	466 S. Bellview Mesa, AZ 85204 (llame para programar una cita)	http://carepartnership.org
CASS Homeless Shelter	Maricopa	602-256-6945	230 S. 12th Ave Phoenix, AZ 85007	http://www.cassaz.org/programs/dental

Recursos dentales de la comunidad en Arizona

Clínica/ Organización	Condado	Número de teléfono	Dirección	Sitio web
Chandler Family Dental Clinic (MIHS) Chandler	Maricopa	480-344-6109	811 S Hamilton Chandler, AZ 85225	http://www.mihs.org/ centers/facility-maps
Clinica Adelante/ Tidwell Care	Maricopa	623-386-1630	306 E Monroe Ave Buckeye, AZ 85326	http://www. adelantehealthcare.com
Coconino County Dept. of Health	Coconino	928-679-7825	304 S Humphreys Flagstaff, AZ 86001	http://www.coconino. az.gov/health
Dental Care West (ASDOH)	Maricopa	623-251-4700	20325 N 51st Ave Suite 156 Glendale, AZ 85308	http://www.atsudental. com
Donated Dental Services AZ Dental Foundation	480-850-1474 o 866-340-4337 para inscribirse. Generalmente hay lista de espera.			http://www. azdentalfoundation.org
Fredonia Community Health Center	Coconino	928-643-6215	100 E Wood Hill Rd Fredonia, AZ 86022	http://cchcaz.org
Maricopa Integrated Health Systems (Avondale Family Health Center)	Maricopa	623-344-6800	950 E Van Buren St Avondale, AZ 85323	http://www.mihs.org/ centers/facility-maps

Recursos dentales de la comunidad en Arizona

Clínica/ Organización	Condado	Número de teléfono	Dirección	Sitio web
Maricopa Integrated Health Systems (Comprehensive Healthcare Center)	Maricopa	602-344-1015	2525 E. Roosevelt St Phoenix, AZ 85008	http://www.mihs.org/centers/facility-maps
Maricopa Integrated Health Systems (Glendale Family Health Center)	Maricopa	623-344-6700	5141 W. Lamar St Glendale, AZ 85301	http://www.mihs.org/centers/facility-maps
Maricopa Integrated Health Systems (Mesa Family Health Center)	Maricopa	480-344-6209	59 S Hibbert Mesa, AZ 85210	http://www.mihs.org/centers/facility-maps
Maricopa Integrated Health Systems (South Central Family Health Ctr)	Maricopa	602-344-6400	33 W Tamarisk Phoenix, AZ 85041	http://www.mihs.org/centers/facility-maps
Mesa Comm Col Dent Hyg Clinic	Maricopa	480-248-8195	5855 E Still Circle Mesa, AZ 85206	http://www.mc.maricopa.edu/dept/d11/dental/hygiene/patient
Mohave Comm Col Dent Hyg Clinic	Mohave	928-704-7788	3400 Highway 95 Bullhead City, AZ 86442	http://www.mohave.edu

Recursos dentales de la comunidad en Arizona

Clínica/ Organización	Condado	Número de teléfono	Dirección	Sitio web
Mountain Park Health Center	Maricopa	602-243-7277	635 E Baseline Rd Phoenix, AZ 85042	http://www.mountainparkhealth.org/dental
Mountain Park Health Center	Maricopa	602-243-7277	6601 W. Thomas Rd Phoenix, AZ 85033	http://www.mountainparkhealth.org/dental
Native American Comm Health Center	Maricopa	602-279-5262	4520 N Central Ave Phoenix, AZ 85012	http://www.nativehealthphoenix.org/dental-services
Neighborhood Christian Clinic	Maricopa	602-258-6008	1929 W Fillmore St Bldg C Phoenix, AZ 85009	http://thechristianclinic.org
North Country Healthcare	Coconino	928-213-6151	2920 N 4th St Flagstaff, AZ 86004	http://www.northcountryhealthcare.org
North Country Healthcare	Coconino	928-637-2305	112 Park Ave Ash Fork, AZ 86320	http://www.northcountryhealthcare.org
North Country Healthcare	Navajo	928-289-2000	620 W. Lee St Winslow, AZ 86047	http://www.northcountryhealthcare.org
Northern AZ Univ Dent Hyg Clinic	Coconino	928-523-3500	NAU 208 Pine Knoll Dr Bldg. 66, Rm 216 Flagstaff, AZ 86011	http://nau.edu/CHHS/DDH/Clinic

Recursos dentales de la comunidad en Arizona

Clínica/ Organización	Condado	Número de teléfono	Dirección	Sitio web
Phoenix Col Dental Hyg Clinic	Maricopa	602-285-7323	1202 W Thomas Rd Bldg R Phoenix, AZ 85013	http://www.phoenixcollege.edu/student-resources/campus-resources/dental-clinic
Phoenix Indian Medical Center	Maricopa	602-263-1592	4212 N 16th St Phoenix, AZ 85016	http://www.ihs.gov/FacilitiesServices/areaOffices/Phoenix
Rio Salado Dent Hyg Clinic	Maricopa	480- 377-4100	2250 W 14th St Tempe, AZ 85281	http://www.riosalado.edu/locations/dh/Pages/default.aspx
Salt River Health Center	Maricopa	480- 946-9066	10005 E Osborn Rd Scottsdale, AZ 85256	http://www.ihs.gov/FacilitiesServices/areaOffices/Phoenix
Smiles for Success	1-800-920-2293 en todo el país Los dentistas de Arizona que trabajan a través de Smiles for Success recuperan la sonrisa de las mujeres, gratis. Deben cumplir con los requisitos de elegibilidad, llame para obtener más detalles.			http://www.smilesforsuccess.org
St. Vincent de Paul Dental Clinic	Maricopa	602- 261-6868	420 W Watkins Rd Phoenix, AZ 85002	http://www.stvincentdepaul.net/PS-VirginiaGPiper.htm
VA Medical Center Dental Clinic (totalmente incapacitados)	Maricopa	602-277-5551 ext: 1-6424	650 E. Indian School Rd. Phoenix, AZ 85012	http://www.phoenix.va.gov/services/Dental_Service.asp

Recursos dentales de la comunidad en Arizona

Clínica/ Organización	Condado	Número de teléfono	Dirección	Sitio web
VA Medical Center Dental Clinic (totalmente incapacitados)	Yavapai	928-445-4860 ext: 6582	500 N Hwy 89 Bldg 155, 1st Floor Prescott, AZ 86313	http://www.prescott.va.gov/services/Dental_Service.asp
Wesley Community Center	Maricopa	602-257-4323	1300 S 10th St Phoenix, AZ 85034	http://www.aachc.org/locations
Yavapai Community Health Center	Yavapai	928-639-8132	51 Brian Mickelsen Pkwy Cottonwood, AZ 86326	http://www.chcy.info
Yavapai Community Health Center	Yavapai	928-639-8132	51 Brian Mickelsen Pkwy Cottonwood, AZ 86326	http://www.chcy.info

Oficinas de atención a largo plazo de Arizona

Si tiene preguntas sobre su participación en los costos o elegibilidad, llame a la oficina de ALTCS en su área.

Oficina ALTCS de Casa Grande

500 N. Florence Street
Casa Grande, AZ 85222
Teléfono: **1-520-421-1500**
Fax: **1-877-666-0874**

Oficina ALTCS de Chinle

Tseyi Shopping Center, Hwy. 191
P.O. Box 1942
Chinle, AZ 86503
Teléfono: **1-928-674-5439**
Fax: **1-877-660-1450**
Número gratuito: **1-888-800-3804**

Oficina ALTCS de Cottonwood

Nota: El personal de ALTCS de Cottonwood comparte espacio de oficinas con el Departamento de seguridad económica (Department of Economic Security, DES).
1500 East Cherry Street, Suite 1
Cottonwood, AZ 86326
Teléfono: **1-928-634-8101**
Fax: **1-877-666-5208**
Número gratuito: **1-800-540-5042**

Oficina ALTCS de Flagstaff

2717 North Fourth Street
Suite 130
Flagstaff, AZ 86004
Teléfono: **1-928-527-4104**
Fax: **1-877-663-5213**
Número gratuito: **1-800-540-5042**

Oficina ALTCS de Globe/Miami

Cobre Valle Plaza
2250 Highway 60, Suite H
Miami, AZ 85539-9700
Teléfono: **1-928-425-3165**
Fax: **1-877-666-5219**
Número gratuito: **1-888-425-3165**

Oficina ALTCS de Kingman

519 E. Beale Street, Suite 150
Kingman, AZ 86401
Teléfono: **1-928-753-2828**
Fax: **1-877-667-5239**
Número gratuito: **1-888-300-8348**

Oficina ALTCS de Lake Havasu

2160 N. McCulloch Blvd.
Suite 105
Lake Havasu City, AZ 86403
Teléfono: **1-928-453-5100**
Fax: **1-877-664-5264**
Número gratuito: **1-800-654-2076**

Oficina ALTCS de Phoenix

801 E. Jefferson Street, MD 1600
Phoenix, AZ 85034
Teléfono: **1-602-417-6600**
Fax: **1-602-253-6385**

Oficina ALTCS de Prescott

Nota: El personal de ALTCS de Prescott comparte espacio de oficinas con el Departamento de seguridad económica (Department of Economic Security, DES).

3262 Bob Drive, #11

Prescott, AZ 86314

Teléfono: **1-928-778-3968**

Fax: **1-877-666-5269**

Número gratuito: **1-888-778-5600**

Oficina ALTCS de Sierra Vista

Nota: El personal de ALTCS de Sierra Vista comparte espacio de oficinas con el DES.

Dirección:

820 E. Fry Blvd., Sierra Vista

Dirección postal:

1010 N. Finance Center, Suite 201

Tucson, AZ 85710

Teléfono: **1-520-205-8600**

Fax: **1-800-824-2656**

Oficina ALTCS de Tucson

1010 N. Finance Center Drive

Suite 201

Tucson, AZ 85710

Teléfono: **1-520-205-8600**

Fax: **1-877-666-5353**

Número gratuito: **1-800-824-2656**

Oficina ALTCS de Yuma

3850 W. 16th Street, Suite A

Yuma, AZ 85364

Teléfono: **1-928-782-0776**

Fax: **1-877-666-5382**

Si su ubicación no está en esta lista, visite el sitio web de AHCCCS en **www.azahcccs.gov**.

Definiciones para la Administración de los Cuidados

Apelación: Una queja formal cuando un miembro no está satisfecho con la decisión tomada por UnitedHealthcare Community Plan.

Copago: Cargo reducido o un honorario que se paga al momento que servicios cubiertos son dispensados.

Equipo Médico Durable: Equipo que provee beneficios terapéuticos diseñados principalmente con un propósito médico.

Condición médica de emergencia: Una condición lo suficientemente grave para que una persona sin conocimientos médicos pueda comprender que es necesario obtener atención médica de inmediato o se pondría en serio peligro la salud de la persona afectada.

Transporte para emergencias médicas: Servicios de ambulancia para una condición médica de emergencia.

Cuidados en una sala de emergencia: Son servicios que usted recibe en una sala de emergencias.

Servicios de emergencia: Son servicios relacionados a una emergencia, incluyendo los servicios de la sala y el transporte de emergencia, sin importar cuál es el diagnóstico principal que se obtiene en la sala de emergencias y/o la reclamación presentada para el transporte.

Servicios excluidos: Son servicios para los cuidados de salud que su seguro de salud o plan no paga o no cubre.

Queja: La expresión por un miembro de insatisfacción con cualquier parte de su cuidado. Una queja puede ser presentada por teléfono o por escrito. Las quejas deben ser presentadas directamente a UnitedHealthcare Community Plan, no AHCCCS.

Servicios de habilitación y aparatos: Servicios para los cuidados de salud para ayudarle a mantener, aprender o mejorar sus habilidades y funcionamiento para las actividades de la vida diaria.

Seguro de salud: El seguro de salud es un tipo de cobertura que paga por los servicios de salud que están cubiertos.

Cuidados de salud en el hogar: Son los servicios para los cuidados de salud que una persona recibe en su hogar.

Servicios de hospicio: Servicios que se proveen para el confort y apoyo para las personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y para sus familiares.

Hospitalización: Cuidados de salud en un hospital que requieren admisión de la persona como un paciente internado y son usualmente con estadía(s) por la noche.

Cuidados de hospital para el paciente ambulante: Son cuidados brindados en un hospital para los cuáles usualmente se requieren de una estadía por la noche.

Necesidad médica: Cuidados o productos para la salud que un doctor prudente o con experiencia puede darle a un paciente para prevenir, diagnosticar o dar tratamiento para una enfermedad, lesión o las síntomas, de una manera que sigue el estándar de las prácticas médicas generalmente aceptado y no solamente porque sea conveniente para el paciente, para el doctor o para cualquier otro proveedor de los cuidados de salud.

Red: Doctores, especialistas, hospitales, farmacias y otros proveedores quienes están bajo contrato con UnitedHealthcare Community Plan para brindar servicios para los cuidados de la salud a sus miembros.

Proveedor no participante: Un proveedor que no tiene un contrato con su seguro de salud o para su plan para proveer servicios para usted

Servicios por un doctor: Servicios para los cuidados de salud ofrecidos por un doctor con licencia (M.D. – Doctor en Medicina) o (D.O. – Doctor en Medicina Osteopática).

Plan: Un beneficio que un seguro de salud le ofrece para pagar por los servicios por los cuidados de salud.

Previa autorización: Proceso por el cual su PCP o especialista contacta al UnitedHealthcare Community Plan para obtener aprobación para proveer servicios especiales tales como cirugía.

Proveedor participante: Un proveedor participante es un proveedor que tiene un contrato con su seguro de salud o con su plan para proveerle a usted servicios.

Prima: La cantidad que usted paga por su seguro de salud, usualmente cada mes.

Cobertura de medicamentos de receta: Seguro de salud o plan de salud que le ayuda a pagar por los medicamentos con o sin de receta.

Medicamentos de receta: Medicamentos ordenados por un doctor por escrito.

Doctor de Atención Primaria (PCP): Doctor que da tratamiento al miembro directamente. El PCP puede referir al miembro a un especialista o internar al miembro en un hospital. Los PCP son generalmente doctores de medicina familiar, medicina general, internistas, pediatras y en ocasiones son enfermeras practicantes y asistentes de doctores. También puede incluir a obstetras y enfermeras-parteras certificadas para los miembros que están embarazadas.

Proveedor de Atención Primaria: Una persona que llena los requisitos de licenciatura por el Estado y quién es responsable por la administración de los cuidados de salud del miembro.

Proveedor: Una persona o entidad, tales como un doctor, farmacia, dentista o hospital, que brinda servicios de salud y tratamiento.

Servicios de rehabilitación y aparatos: Servicios y aparatos para los cuidados de la salud que ayudan a obtener de nuevo o para mejorar habilidades y funcionamiento de las actividades de la vida diaria que se han perdido o deteriorado debido a una enfermedad, lesión o discapacidad.

Seria enfermedad mental: Una seria enfermedad mental (SMI) es un desorden mental que es severo y persistente en personas de 18 años de edad o mayores. En estas personas debido al resultado de un “desorden mental” exhiben una conducta emocional o anormal en el comportamiento y con ello hay interferencia de manera substancial con su capacidad para poder permanecer dentro de la comunidad si no reciben tratamientos de apoyo o servicios para la salud a largo plazo o por un período de tiempo indefinido. En estas personas, la discapacidad es severa y persistente y da como resultado limitaciones en sus capacidades funcionales para las actividades primarias de la vida diaria, como por ejemplo las relaciones interpersonales, los cuidados dentro del hogar, los cuidados personales, un empleo o las diversiones.

Cuidados especializados de enfermería: Son servicios impartidos en su domicilio o en casa de reposo con servicios de enfermería por enfermeras licenciadas. Los servicios de cuidados especializados se imparten por técnicos y terapeutas en el hogar o en la casa de reposo.

Especialista: Cualquier doctor que tenga un entrenamiento especial para ofrecer tratamiento para condiciones o enfermedades específicas.

Cuidados urgentes: Cuidados que se dan cuando un miembro tiene una condición que no pone en peligro la vida, pero que no puede esperar más de 2 días (48 horas) para recibir atención.

Definiciones de los servicios de cuidados de maternidad

Enfermera Partera Certificada (CNM) tiene una certificación del American College of Nursing Midwives (ACNM) otorgada por la examinación nacional de certificación y licenciada para practicar en el estado de Arizona por el Consejo Estatal de Enfermería. Las CNMs practican una administración independiente de los cuidados a las mujeres embarazadas y de los recién nacidos, ofreciendo cuidados de pre-parto, parto y pos-parto, de ginecología y del cuidado del recién nacido dentro de un sistema de cuidados de salud que brindan consulta médica, administración colaborativa o referencias médicas.

Embarazos de alto riesgo se refiere a aquellos embarazos en los cuáles la madre, el feto o el recién nacido están o se anticipa que pueden estar en un alto riesgo de morbilidad o mortalidad antes o después del parto. El alto riesgo se determina a través del empleo de herramientas estándar empleados para la evaluación de los riesgos médicos por Medical Insurance Company de Arizona (MICA) o por el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG).

Partera con Licencia significa que la persona esta licenciada individualmente por el Departamento de Servicios de Salud de Arizona (Arizona Department of Health Services) para proveer los cuidados de salud de acuerdo a los Estatutos Actualizados de Arizona (Arizona Revised Statutes – A.R.S.), Title 36, Chapter 6, Article 7 y Arizona Administrative Code Title 9, Chapter 16. (Este tipo de proveedor no incluye a las enfermeras parteras certificadas, con licencia por el Consejo de Enfermería como enfermeras practicantes en partos o como asistentes de doctores con licencia del Consejo de Medicina de Arizona).

Cuidados de maternidad incluye el diagnostico de embarazo, los cuidados prenatales, los servicios de parto y nacimiento y los cuidados del pos-parto.

Coordinación de los cuidados de maternidad consisten de las siguientes actividades relacionadas a los cuidados de maternidad: Determinación de las necesidades médicas o sociales del miembro, determinadas a través de una evaluación del riesgo; desarrollando el diseño de un plan de cuidados, enfocado a esas necesidades; coordinando las referencias de los miembros a los servicios proveedores apropiados y a los recursos comunitarios; supervisión de las personas referidas para asegurar que los servicios se reciban; y la revisión del plan de cuidados para asegurar que es apropiado.

Practicante se refiere a las enfermeras certificadas que practican como parteras, asistentes de doctores y a otras enfermeras certificadas. Los asistentes a doctores y las enfermeras certificadas, se definen respectivamente en A.R.S. Title 32, Chapters 25 y 15.

Cuidados de pos-parto son los cuidados de salud que se proveen por un periodo hasta de 60 días después del nacimiento del bebe. Los servicios de planificación familiar se incluyen, si son provistos por un doctor o un practicante, tal y como se menciona en el Manual de Política Médica 420 de AHCCCS.

Servicios de asesoría previos a la concepción son servicios que son parte de la consulta del bienestar de la mujer. Se ofrecen cuando son medicamente necesarios. El asesoramiento se enfoca hacia la detección temprana y la administración de los factores de riesgo antes del embarazo, incluyendo los esfuerzos para influir en el comportamiento que puede afectar al feto (aun antes de que la concepción haya sido confirmada), así como también los cuidados de salud regulares. El propósito del asesoramiento en la pre-concepción es para asegurar que la mujer se encuentra saludable antes del embarazo. El asesoramiento previo a la concepción no incluye a las pruebas genéticas.

Cuidado prenatal incluye a los cuidados de salud que se ofrecen durante el embarazo y se componen de tres partes principales:

- a. Evaluación temprana y continua de los riesgos,
- b. Educación y promoción de salud, y
- c. Supervisión médica, intervención y seguimiento.



UnitedHealthcare Community Plan no da un tratamiento diferente a sus miembros en base a su sexo, edad, raza, color, discapacidad u origen nacional.

Si usted piensa que ha sido tratado injustamente por razones como su sexo, edad, raza, color, discapacidad u origen nacional, puede enviar una queja a:

Civil Rights Coordinator
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance
P.O. Box 30608
Salt Lake City, UTAH 84130

UHC_Civil_Rights@uhc.com

Usted tiene que enviar la queja dentro de los 60 días de la fecha cuando se enteró de ella. Se le enviará la decisión en un plazo de 30 días. Si no está de acuerdo con la decisión, tiene 15 días para solicitar que la consideremos de nuevo.

Si usted necesita ayuda con su queja, por favor llame al **1-800-293-3740, TTY 711**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Usted también puede presentar una queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Internet:

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Formas para las quejas se encuentran disponibles en:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Teléfono:

Llamada gratuita, **1-800-368-1019, 1-800-537-7697** (TDD)

Correo:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Si necesita ayuda para presentar su queja, por favor llame a Servicios para Miembros al **1-800-293-3740, TTY 711**.

Se proporcionan servicios para ayudarle a comunicarse con nosotros, tales como otros idiomas o letra grande, sin costo para los miembros. O bien, puede solicitar un intérprete. Para pedir ayuda, por favor llame a Servicios para Miembros del **1-800-293-3740, TTY 711**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

AVISOS DEL PLAN DE SALUD SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO EXPLICA LA FORMA EN QUE SU INFORMACIÓN MÉDICA SE PODRÁ USAR. CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE.

Vigente a partir del 1.º de enero de 2017.

Por ley, debemos¹ proteger la privacidad de su información de salud (health information, "HI"). Debemos enviarle este aviso. Le informa:

- Cómo podemos usar su información médica.
- Cuándo podemos compartir su información médica con otras personas o entidades.
- Qué derechos tiene sobre su información médica.

Por ley, debemos respetar los términos de este aviso.

La información médica es información sobre su salud o servicios de atención médica. Tenemos derecho a cambiar nuestras políticas de privacidad para manejar la información médica. Si las cambiamos, se lo notificaremos por correo postal o electrónico. También publicaremos el nuevo aviso en este sitio web (www.uhccommunityplan.com). Le notificaremos si ocurre una filtración de su información médica. Recopilamos y conservamos su información médica para poder realizar nuestras operaciones comerciales. La información médica puede ser oral, escrita o electrónica. Limitamos el acceso a su información médica a empleados y proveedores de servicios. Mantenemos salvaguardas para proteger su información médica.

Cómo usamos o compartimos su información

Debemos usar y divulgar su información médica con:

- Usted o su representante legal.
- Agencias gubernamentales.

Tenemos derecho a usar y compartir su información médica para ciertos propósitos. Esto es necesario para su tratamiento, para el pago de su atención y para realizar nuestras operaciones comerciales.

Podemos usar o compartir su información médica de la siguiente forma:

- **Para recibir un pago.** Podemos usar o compartir su información médica para procesar pagos de primas y reclamaciones. Esto puede incluir la coordinación de beneficios.
- **Para tratamiento o administración de la atención.** Podemos compartir su información médica con sus proveedores para ayudar con su atención.
- **Para operaciones de atención médica.** Podemos recomendar un programa de bienestar o manejo de enfermedades. Podemos estudiar datos para mejorar nuestros servicios.

- **Para proveerle información acerca de programas o productos relacionados con la salud.** Podemos proveerle información acerca de otros tratamientos, productos y servicios alternativos. Estas actividades pueden estar limitadas por la ley.
- **Para los patrocinadores del plan.** Podemos proporcionar información acerca de afiliaciones, desafiliaciones y un resumen de su información médica a su empleador. Podemos proporcionarle otra información médica si el empleador limita su uso de forma adecuada.
- **Para propósitos de suscripción.** Podemos usar su información médica para tomar decisiones de suscripción. No usaremos su información genética para propósitos de suscripción.
- **Para recordatorios sobre beneficios o atención.** Podemos usar su información médica para enviarle recordatorios de citas e información acerca de sus beneficios de salud.

Podríamos usar o compartir su información de salud de la siguiente forma:

- **Según sea requerido por ley.**
- **A las personas relacionadas con su atención.** Puede ser un miembro de la familia en una emergencia. Esto puede suceder si usted no puede aceptar o presentar oposición. Si no puede presentar oposición, usaremos nuestro mejor juicio. Si se permite, después de su muerte, podemos compartir información médica como a familiares o amigos que ayudaron con su atención.
- **Para actividades de salud pública.** Esto puede realizarse para prevenir brotes de enfermedades.
- **Para reportar víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica.** Podemos compartirla solamente con entidades que están autorizadas por ley a recibir esta información médica. Puede tratarse de una agencia de servicios sociales o de servicios de protección.
- **Para actividades de supervisión de la salud** a una agencia autorizada por ley a recibir esta información de médica. Esto puede ser para otorgamiento de licencias, auditorías e investigaciones sobre fraude y abuso.
- **Para procedimientos judiciales o administrativos.** Para responder a una orden o a una citación judicial.
- **Para hacer cumplir la ley.** Para localizar a una persona perdida o para informar un delito.
- **Para evitar amenazas a la salud o a la seguridad.** Puede ser a agencias de salud pública o de aplicación de la ley. Un ejemplo es en una emergencia o un desastre natural.
- **Para las funciones del gobierno.** Puede ser para uso militar o de veteranos, para la seguridad nacional o para servicios de protección.
- **Para indemnización de los trabajadores.** Para cumplir con las leyes laborales.
- **Para investigación.** Para estudiar enfermedades o incapacidades.

- **Para proporcionar información acerca de defunciones.** Puede ser para el médico forense o el inspector médico. Para identificar a un difunto, determinar la causa de muerte, o según lo que indique la ley. Podemos proporcionar información médica a los directivos de las funerarias.
- **Para trasplantes de órganos.** Para ayudar a la obtención, el almacenamiento o el trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- **Para las instituciones penitenciarias o de aplicación de la ley.** Con respecto a las personas que están detenidas: (1) para proporcionar atención médica; (2) para proteger su salud y la de otras personas; (3) para la seguridad de la institución.
- **Para nuestros socios comerciales** en caso de que sea necesario para que le proporcionen sus servicios. Nuestros socios están de acuerdo en proteger su información médica. No se les permite usar la información médica, salvo en conformidad con nuestro contrato con ellos.
- **Otras restricciones.** Las leyes federales y estatales pueden limitar aún más nuestro uso de la información médica que se enumera a continuación.
 1. VIH/SIDA
 2. Salud mental
 3. Pruebas genéticas
 4. Abuso de alcohol y drogas
 5. Enfermedades de transmisión sexual y salud reproductiva
 6. Abuso o abandono de niños o adultos, o abuso sexual

Cumpliremos leyes más estrictas que se apliquen. El documento adjunto titulado “Enmiendas estatales y federales” describe esas leyes.

Solo usaremos su información médica según se describe en el presente documento o con su consentimiento por escrito. Obtendremos su consentimiento por escrito para compartir sus notas de psicoterapia. Obtendremos su consentimiento por escrito para vender su información médica a otras personas. Obtendremos su consentimiento por escrito para usar su información médica en ciertas listas de correo promocional. Si nos permite compartir su información médica, el destinatario puede seguir compartiéndola. Puede retirar su consentimiento. Para obtener información sobre cómo hacerlo, llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación.

Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos.

- **Pedirnos que limitemos el** uso o la divulgación de su información para operaciones de tratamiento, pago o atención médica. Puede pedirnos que limitemos la divulgación a sus familiares u otras personas. Podemos permitir que sus dependientes soliciten límites. **Trataremos de satisfacer su solicitud, pero no tenemos la obligación de hacerlo.**
- **Pedir comunicaciones de información confidencial** de una forma diferente o a un lugar diferente. Por ejemplo, a una casilla de correo (P.O. Box), en lugar de a su casa. Aceptaremos su solicitud si la divulgación de la información podría ponerlo en peligro. Aceptamos solicitudes verbales. Puede cambiar su solicitud. Deberá hacerlo por escrito. Envíela por correo a la dirección que se muestra más abajo.
- **Ver u obtener una copia** de cierta información médica. Deberá hacer la solicitud por escrito. Envíela por correo a la dirección que se muestra más abajo. Si mantenemos estos registros en formato electrónico, puede solicitar una copia en dicho formato. Puede pedir que se envíe su registro a un tercero. Podemos enviarle un resumen. Podemos cobrarle las copias. Podemos denegar su solicitud. Si denegamos su solicitud, puede pedir que se revise la denegación.
- **Solicitar una enmienda.** Si cree que la información médica sobre usted es errónea o está incompleta, puede pedir que sea modificada. Deberá hacer la solicitud por escrito. Deberá dar los motivos por los que se solicita el cambio. Envíe la solicitud por correo a la dirección que aparece a continuación. Si denegamos su solicitud, puede agregar su desacuerdo a su información médica.
- **Recibir un resumen** de la divulgación de su información médica durante el período de seis años anteriores a su solicitud. Esto no incluirá las divulgaciones de información médica realizadas por los siguientes motivos: (i) Para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica; (ii) con usted o con su consentimiento; (iii) con instituciones penitenciarias o de aplicación de la ley. Esta lista no incluirá las divulgaciones para las cuales la ley federal no requiera un seguimiento por parte nuestra.
- **Obtener una copia en papel de este aviso.** Puede pedir una copia en papel en cualquier momento. También podría obtener una copia en nuestro sitio web (www.uhccommunityplan.com).

Cómo usar sus derechos

- **Para comunicarse con su plan de salud. Llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación.** También puede comunicarse con el Centro de atención de llamadas de UnitedHealth Group al **1-866-633-2446**, o **TTY 711**.
- **Para presentar una solicitud por escrito.** Envíela por correo a la siguiente dirección:
UnitedHealthcare Privacy Office
MN017-E300
P.O. Box 1459
Minneapolis, MN 55440
- **Para presentar una reclamación.** Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede enviar una reclamación a la dirección mencionada anteriormente.

También puede notificarlo al **Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services)**. No tomaremos ninguna medida en su contra si presenta una queja.

¹ Este Aviso sobre prácticas de privacidad de información médica se aplica a los siguientes planes de salud que están afiliados a UnitedHealth Group: AmeriChoice of New Jersey, Inc.; Arizona Physicians IPA, Inc.; Health Plan of Nevada, Inc.; Unison Health Plan of Delaware, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Texas, L.L.C.; UnitedHealthcare Community Plan, Inc.; UnitedHealthcare Insurance Company; UnitedHealthcare of Florida, Inc.; UnitedHealthcare of Louisiana, Inc.; UnitedHealthcare of the Mid-Atlantic, Inc.; UnitedHealthcare of the Midlands, Inc.; UnitedHealthcare of the Midwest, Inc.; UnitedHealthcare of Mississippi, Inc.; UnitedHealthcare of New England, Inc.; UnitedHealthcare of New Mexico, Inc.; UnitedHealthcare of New York, Inc.; UnitedHealthcare of Pennsylvania, Inc.; UnitedHealthcare of Washington, Inc.; UnitedHealthcare of Wisconsin, Inc.; UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc.

Aviso de privacidad de la información financiera

EL PRESENTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN FINANCIERA. LÉALO DETENIDAMENTE.

Vigente a partir del 1.º de enero de 2017.

Protegemos², su “información financiera personal” (personal financial information, “FI”). La información financiera personal es información no médica. La información financiera personal lo identifica y no está generalmente disponible al público.

Información que recopilamos

- Obtenemos información financiera personal a partir de sus solicitudes o formularios. Esto puede incluir su nombre, dirección, edad y número del Seguro Social.
- Obtenemos información financiera personal a partir de sus transacciones con nosotros u otros. Puede ser información sobre el pago de primas.

Divulgación de la información financiera

Solo compartiremos información financiera según lo permita la ley.

Podemos compartir su información financiera para realizar nuestras operaciones comerciales. Podemos compartir su información financiera con nuestras filiales. No necesitamos su consentimiento para hacerlo.

- Podemos compartir su información financiera para procesar transacciones.
- Podemos compartir su información financiera para mantener su cuenta.
- Podemos compartir su información financiera para responder a una orden judicial o investigaciones legales.
- Podemos compartir su información financiera con compañías que preparan nuestros materiales de comercialización.

Confidencialidad y seguridad

Limitamos el acceso a su información financiera a empleados y proveedores de servicios. Mantenemos salvaguardas para proteger su información financiera.

Preguntas sobre este aviso

Llame al número de teléfono gratuito del miembro que se encuentra en su tarjeta de identificación del plan de salud o comuníquese con el Centro de Atención de Llamadas de Clientes de UnitedHealth Group al **1-866-633-2446**, o **TTY 711**.

² Para los propósitos de este Aviso de privacidad de la información financiera, “nosotros” o “nos” se refiere a las entidades que aparecen enumeradas en la nota al pie de la página 1, desde la última página de Avisos del plan de salud sobre las prácticas de privacidad, además de las siguientes filiales de UnitedHealthcare: Alere Women’s and Children’s Health, LLC; AmeriChoice Health Services, Inc.; Connexions HCl, LLC; Dental Benefit Providers, Inc.; gethealthinsurance.com Agency, Inc.; Golden Outlook, Inc.; HealthAllies, Inc.; LifePrint East, Inc.; Life Print Health, Inc.; MAMSI Insurance Resources, LLC; Managed Physical Network, Inc.; OneNet PPO, LLC; OptumHealth Care Solutions, Inc.; OrthoNet, LLC; OrthoNet of the Mid-Atlantic, Inc.; OrthoNet West, LLC; OrthoNet of the South, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; Spectera, Inc.; UMR, Inc.; Unison Administrative Services, LLC; United Behavioral Health; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Services LLC; UnitedHealthcare Services Company of the River Valley, Inc. Este Aviso de privacidad de la información financiera solo tiene vigencia donde se requiere por ley. Específicamente, no se aplica para (1) productos de seguros médicos en Nevada ofrecidos por Health Plan of Nevada, Inc. y Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; u (2) otros planes de salud de UnitedHealth Group en estados que proveen excepciones.

UNITEDHEALTH GROUP AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL PLAN DE SALUD: ENMIENDAS ESTATALES Y FEDERALES

Revisión: 1.º de enero de 2017.

La primera parte de este aviso (páginas 95 – 99) describe cómo usamos y divulgamos su información médica (“HI”) conforme a las normas de privacidad federales. Otras leyes podrían limitar estos derechos. Los cuadros siguientes:

1. Muestran las categorías que están sujetas a leyes más estrictas.
2. Le ofrecen un resumen de cuándo podemos usar y divulgar su información médica sin su consentimiento.

Su consentimiento por escrito, si es necesario, debe cumplir con las reglas de las leyes federales o estatales que correspondan.

RESUMEN DE LAS LEYES FEDERALES

Información sobre abuso de alcohol y drogas

Podríamos usar y compartir información sobre alcohol y drogas protegida por las leyes federales únicamente (1) en casos limitados y/o compartir solamente (2) con ciertos receptores.

Información genética

No se nos permite usar la información genética para fines de aseguramiento.

RESUMEN DE LAS LEYES ESTATALES

Información de salud general

Estamos autorizados a compartir información de salud general únicamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertas personas o entidades.	AR, CA, DE, NE, NY, PR, RI, VT, WA, WI
Una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) debe permitirles a los afiliados aprobar o rechazar la divulgación de información, con algunas excepciones.	KY
Usted puede limitar ciertas divulgaciones electrónicas de la información de salud.	NC, NV
No podremos utilizar su información de salud para ciertos propósitos.	CA, IA
No utilizaremos y/o revelaremos información relativa a ciertos programas de asistencia pública, excepto para ciertos propósitos.	KY, MO, NJ, SD
Debemos cumplir con las restricciones adicionales antes de usar o revelar su información de salud para ciertos propósitos.	KS



Recetas	
Podremos compartir la información sobre recetas únicamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertas personas o entidades.	ID, NH, NV
Enfermedades contagiosas	
Podremos compartir información sobre enfermedades contagiosas únicamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertas personas o entidades.	AZ, IN, KS, MI, NV, OK
Enfermedades de transmisión sexual y salud reproductiva	
Estamos autorizados a compartir información sobre las enfermedades de transmisión sexual y/o salud reproductiva únicamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertas personas o entidades.	CA, FL, IN, KS, MI, MT, NJ, NV, PR, WA, WY
Abuso de alcohol y drogas	
Podremos usar y compartir información sobre el abuso de alcohol y drogas únicamente (1) en casos limitados y/o compartir solamente con (2) recipientes específicos.	AR, CT, GA, KY, IL, IN, IA, LA, MN, NC, NH, OH, WA, WI
La divulgación de la información sobre el abuso de alcohol y drogas podrá ser limitada por la persona que es sujeto de dicha información.	WA
Información genética	
No podremos divulgar información genética sin su consentimiento por escrito.	CA, CO, KS, KY, LA, NY, RI, TN, WY
Podremos compartir la información genética únicamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertas personas o entidades.	AK, AZ, FL, GA, IA, IL, MD, MA, ME, MO, NJ, NV, NH, NM, OR, RI, TX, UT, VT
Se aplican restricciones a (1) el uso, y/o (2) el mantenimiento de la información genética.	FL, GA, IA, LA, MD, NM, OH, UT, VA, VT



VIH/SIDA	
Podremos compartir la información relacionada con el VIH/SIDA (1) en casos limitados y/o (2) con ciertas personas o entidades.	AZ, AR, CA, CT, DE, FL, GA, IA, IL, IN, KS, KY, ME, MI, MO, MT, NY, NC, NH, NM, NV, OR, PA, PR, RI, TX, VT, WV, WA, WI, WY
Se aplican algunos límites para la divulgación oral de información relacionada con el VIH/SIDA.	CT, FL
Recabamos cierta información sobre VIH/SIDA sólo con su consentimiento por escrito.	OR
Salud mental	
Podremos compartir información sobre salud mental únicamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertas personas o entidades.	CA, CT, DC, IA, IL, IN, KY, MA, MI, NC, NM, PR, TN, WA, WI
La divulgación de la información podrá ser limitada por la persona que es el sujeto de dicha información.	WA
Se aplican ciertas restricciones para la divulgación oral de información sobre la salud mental.	CT
Se aplican ciertas restricciones al uso de información sobre salud mental.	ME
Abuso de menores o de adultos	
Podremos usar y compartir información sobre abuso de menores y/o adultos únicamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertas personas o entidades.	AL, CO, IL, LA, MD, NE, NJ, NM, NY, RI, TN, TX, UT, WI

Nosotros estamos aquí para servirle.

Recuerde, siempre estaremos listos para responder a cualquier pregunta que tenga. Solo necesita llamar a Servicios para Miembros al **1-800-293-3740, TTY 711**. Usted también puede visitarnos en internet en la dirección: **UHCommunityPlan.com**.

UnitedHealthcare Community Plan
1 East Washington, Suite 800
Phoenix, AZ 85004

UHCommunityPlan.com

1-800-293-3740, TTY 711



