



Bienvenido a la comunidad

Manual para Miembros de Cuidados de Largo Plazo

Tabla de contenido

Información importante	5
Bienvenido a UnitedHealthcare Community Plan	7
Servicios para Miembros	7
Visite nuestro sitio en internet – UHCCommunityPlan.com	9
Health4Me™	9
MyCaregiver	10
Qué es un Administrador de Casos y cómo comunicarse con su Administrador de Casos	10
Cuidados después de las horas de trabajo/Cuidados Urgentes	11
Servicios de crisis de salud conductual	11
Servicios competentes culturales, materiales en formatos alternativos y servicios de interpretación	13
Proveedores de la red	14
Condados a los que damos servicios	14
Como trabaja la administración de los cuidados	15
Su tarjeta de identificación	15
Responsabilidades como miembro	17
Si se muda fuera del condado, estado o país	18
Cambios en la información	19
Para cambiar su plan	19
El programa de transición de ALTCS	20
Transición de los cuidados si usted cambia de planes	21
Planeamiento del tratamiento	21
Cuidados de emergencia	21
Transporte de emergencia	23
Transporte (no de emergencia)	24
Servicios de cuidados de salud cubiertos	25
Servicios no cubiertos	33
Servicios de casa-habitación	35
Ubicación residencial	35

Cuidados terminales	37
Especialistas, referencias y auto-referencia	37
Acceso a los servicios	38
Cómo elegir un proveedor de atención primaria (PCP)	39
¿Cómo cambio de proveedor de atención primaria?	40
¿Cómo hago una cita?	41
¿Cómo puedo participar en mis cuidados para mí salud?	42
¿Qué tipos de cuidados para niños están disponibles?	43
Servicios de salud y embarazo de la mujer	44
Servicios de planificación familiar	48
Hogares dentales	50
Para obtener sus medicamentos de receta	51
Monitoreo de medicamentos de receta	53
Servicios de salud conductual	54
Servicios especializados para miembros que tienen una Seria Enfermedad Mental (SMI)	57
Visión de Arizona para la prestación de servicios para la salud conductual	58
Los doce principios para la prestación de los servicios para niños son	59
Nueve principios para servicios y sistemas orientados a la recuperación de salud conductual de adultos	62
Clínicas interdisciplinarias de múltiples especialidades	64
Children’s Rehabilitative Services (Servicios de Rehabilitación para Niños – CRS)	65
Consejo de los miembros	66
Preautorización	66
Libertad de opción	67
Copagos	67
Costos compartidos por los miembros	68
¿Puede un proveedor mandarme una factura?	68
Medicare y otros seguros	69
Beneficio de medicamentos recetados de Medicare y miembros de AHCCCS	70
Reclamaciones de los miembros (quejas) y apelaciones no relacionadas con una seria enfermedad mental (SMI)	71
Apelaciones por los miembros	74

¿Tiene preguntas? Visite UHCCommunityPlan.com,

3

o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY **711**.

Derechos como miembro	79
Vacunaciones (inyecciones)	80
Cuidados para adultos	81
Su derecho para una directriz anticipada	83
Fraude y abuso	88
Información de apoyo para miembros y miembros de la familia y recursos comunitarios y la Oficina de Asuntos Individuales y Familiares (OIFA) Defensa/ enlaces/coordinación de miembros	90
Recursos comunitarios	92
Agencias sobre el envejecimiento de su área local	99
Apoyo y defensa	100
Apoyo para la salud conductual	101
Asistencia especial para miembros en que se determina que tengan SMI	102
Los defensores de ALTCS y sistemas de apoyo	103
Ayuda legal	105
Beneficios de discapacidad de AZ 101	107
Arizona Center for Disability Law (ACDL)	107
Casa-habitaciones para personas con bajos ingresos	107
Recursos dentales de la comunidad en Arizona	108
Oficinas de atención a largo plazo de Arizona	113
Definiciones para la Administración de los Cuidados	115
Definiciones de los servicios de cuidados de maternidad	118
Avisos del plan de salud sobre las prácticas de privacidad	121

Información importante

Servicios para Miembros **1-800-293-3740, TTY 711**
8:00 a.m. – 5:00 p.m., hora de Arizona, de lunes a viernes.
Después de las horas de oficina **1-800-377-2055, option 1**

En caso de emergencia, marque 911

Sus proveedores de salud

Asegúrese de completar los espacios en blanco para tener estos números listos.

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: _____

Dirección de mi médico: _____

Mi dentista: _____

Farmacia: _____

Proveedores de salud conductual: _____

Crisis de salud conductual: _____

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.

Administrador de casos 1-800-293-3740, TTY 711

Su Administrador de casos ayuda a configurar los servicios para usted y lo ayudará con cualquier necesidad de servicios de salud conductual, médicos o sociales. Si no tiene el nombre o número de teléfono de su Administrador de caso, comuníquese con Servicios para Miembros.

Administración médica/Autorización previa 1-800-293-3740, TTY 711

Puede requerirse que los proveedores obtengan la aprobación antes de que se preste un servicio. Si tiene preguntas sobre este proceso o acerca de la autorización, comuníquese con su Administrador de casos o Servicios para Miembros.

Dental 1-800-293-3740, TTY 711

Si necesita ayuda para comprender los beneficios o la información acerca de los proveedores dentales disponibles, comuníquese con su Administrador de casos o Servicios para Miembros. También puede encontrar información sobre beneficios y proveedores dentales en internet en: myuhc.com/CommunityPlan

Línea de Enfermeras (NurseLine) 1-877-440-0255, TTY 1-800-855-2880

Obtenga asesoramiento de salud las 24 horas, 7 días a la semana, de una enfermera (sin cargo)

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

Servicios para Miembros está aquí para ayudarlo con cualquier pregunta. Pueden:

- Responder a las preguntas acerca de sus beneficios de salud física y conductual.
- Ayudarle para resolver un problema o inquietud que usted pueda tener con su doctor o con cualquier otra persona del plan de salud.
- Ayudarle a encontrar a un doctor o dentista.
- Informarle acerca de nuestros doctores, sus antecedentes y los centros de atención médica en nuestra red.
- Ayudarle si usted recibe una factura médica.
- Informarle acerca de los recursos comunitarios disponibles para usted.
- Ayudarle si usted habla otro idioma, tiene una discapacidad visual, necesita de los servicios de intérprete o servicios de lenguaje de señas.

¿Tiene preguntas? Visite [UHCCommunityPlan.com](https://www.uhccommunityplan.com),
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY 711.

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 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.

Health4Me™

Aplicación móvil Health4Me™

Esta aplicación móvil sin costo le permite acceder a información clave sobre la marcha. Puede buscar médicos cercanos, ver su manual para miembros o su tarjeta de identificación de miembro.

La aplicación móvil Health4Me se puede descargar a un teléfono inteligente o tableta Apple® o Android®.

MyCaregiver

Cuidar de un ser querido puede ser gratificante. Pero también puede ser muy desafiante. Ahora hay una herramienta en línea fácil de usar llamada MyCaregiver que ayuda a que sea un poco menos estresante. Ahora puede almacenar toda su información de cuidado en un solo lugar.

Cómo funciona MyCaregiver:

- **Regístrese en línea** y cree su cuenta personalizada. Se ofrecen recursos y artículos según sus necesidades. Guarda los que te gusten como favoritos.
- **Comience a rastrear la información.** Haga un seguimiento de las citas con el médico, recordatorios diarios de medicamentos y comunica tareas o actualizaciones a su círculo de atención a través del tablero de mensajes.
- **Crear un círculo de atención.** Invite a familiares y amigos a compartir actualizaciones y responsabilidades diarias.

Si tiene alguna pregunta o problema, un administrador de casos experimentado está a solo una llamada de distancia. Regístrese para MyCaregiver hoy. Visite UHCommunityPlan.com/AZcaregivers.

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

¿Qué pasa si estoy experimentando una crisis de salud conductual?

Si está experimentando una crisis de salud conductual, es importante obtener ayuda de inmediato. Recuerde, siempre debe llamar al **911** si experimenta una situación de emergencia médica, policial o de incendio.

Líneas directas de crisis:

Si está experimentando una crisis de salud conductual, llame a uno de los números de teléfono que se anotan a continuación y que se encuentren en el condado en el que vive. Las líneas directas de crisis están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Las llamadas de crisis son respondidas por un especialista en crisis capacitado en vivo. Estas líneas directas de crisis brindarán acceso a centros de intervención de crisis móviles las 24 horas del día,

¿Tiene preguntas? Visite UHCCommunityPlan.com, 11
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY **711**.

Manual para Miembros de Cuidados de Largo Plazo

los 7 días de la semana y centros de estabilización de crisis por 23 horas en las instalaciones, incluido el tratamiento asistido por desintoxicación/medicamentos. Los servicios de crisis están disponibles para todos los arizonenses y no dependen del estado de Medicaid ni de la cobertura del seguro médico.

Líneas directas de crisis por condado:

Teléfono:

Maricopa	602-222-9444 o 1-800-631-1314
Cochise, Graham, Greenlee, La Paz, Pima, Pinal, Santa Cruz y Yuma	1-866-495-6735
Apache, Coconino, Gila, Mohave, Navajo y Yavapai	1-877-756-4090
Gila River y Ak-Chin comunidades indígenas	1-800-259-3449
Salt River Pima Maricopa Indian Community	1-855-331-6432

Especialmente para adolescentes:

Teléfono o texto de Teen LifeLine (línea directa para adolescentes) 602-248-TEEN (8336)

Líneas directas Nacionales para crisis las 24-hora:

Teléfono:

Línea directa nacional para la prevención del suicidio	1-800-273-TALK (8255)
Problemas nacionales por el uso y trastorno de sustancias Línea directa para referencias y tratamientos	1-800-662-HELP (4357)

Text:

Texto de palabras

“HOME” a 741741

Chat <https://suicidepreventionlifeline.org/chat>

Senior Help Line: Línea de ayuda para personas mayores las 24 horas 602-264-4357

En internet <https://suicidepreventionlifeline.org>

Trans Lifeline:

Una línea directa de crisis de apoyo entre pares en la que todos
los operadores son transgénero

1-877-565-8860

En internet www.translifeline.org

Línea de crisis de veteranos/Línea de Conexión:

Recursos de los veteranos (y de quienes los apoyan) 1-866-4AZ-VETS o 1-866-429-8387

12 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCommunityPlan.com,
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY **711**.

Warm Line (Línea caliente):

Warm Line es un servicio telefónico gratuito y confidencial con personal que se ha ocupado de problemas de salud conductual. Los especialistas en apoyo de pares pueden relacionarse con situaciones de salud conductual porque muchos han pasado por experiencias similares. Los especialistas en apoyo entre pares ofrecen apoyo y compasión entre pares para las personas que llaman que solo necesitan a alguien con quien hablar. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esto está disponible en todo el estado. Los miembros pueden llamar a cualquier número que se detalla a continuación:

Condado de Maricopa	602-347-1100
Condado de Pima	520-770-9909
Condados del sur de Arizona	844-733-9912
Condados del norte de Arizona	888-404-5530

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 alguno 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, cuando 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: <https://www.uhccommunityplan.com/az/medicaid/long-term-care.html>.

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): <https://www.uhccommunityplan.com/az/medicaid/long-term-care.html>.

Si usted elige ver a un proveedor que no tiene un contrato con UnitedHealthcare Community Plan, deberá verificar que el proveedor esté registrado en AHCCCS, muestre su tarjeta de identificación y asegúrese que el proveedor obtenga una autorización para que se realicen los servicios. Para que se paguen los servicios, el proveedor debe estar registrado en AHCCCS y nuestro proveedor debe obtener la autorización.

Los miembros pueden recibir una copia impresa del directorio de proveedores, gratuitamente contactando a Servicios para Miembros al 1-800-293-3740, 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 practicante. 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.

Su tarjeta de identificación

Cuando se una a nuestro plan, recibirá una tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan. Su tarjeta de identificación es la clave para obtener servicios de atención médica, incluida la salud conductual. Tiene su número de identificación, su nombre y otra información importante. Su tarjeta de identificación lo identifica como miembro de UnitedHealthcare Community Plan.

Su tarjeta de identificación tiene un número de teléfono para acceder a servicios de salud conductual y uso de sustancias. Los servicios se asignan a un proveedor según el lugar donde vive. Si tiene preguntas o necesita ayuda para obtener servicios de salud conductual, llame al número que figura en su tarjeta.

Cuando reciba su tarjeta, revísela cuidadosamente. Llame a Servicios para Miembros de inmediato si alguna de la información en su tarjeta es incorrecta. Puede comunicarse con Servicios para Miembros llamando al **1-800-293-3740**, TTY 711.

Consejos rápidos


- Su tarjeta de identificación es solo para su uso. No deje que otros la usen.
- Lleve su tarjeta de identificación en todo momento y guárdela en un lugar seguro.
- No pierda su tarjeta ni la tire.
- Necesitará su tarjeta cuando reciba atención médica o cuando recoja medicamentos en la farmacia.

Manual para Miembros de Cuidados de Largo Plazo

- El uso indebido de su número de identificación médica, como prestar o vender la tarjeta o la información que contiene, es ilegal.
- El mal uso de su tarjeta o número de identificación médica puede dar lugar a acciones legales y podría perder su elegibilidad, beneficios y servicios de atención médica de AHCCCS.
- Si observa que otros obtienen beneficios para los que no son elegibles o alguien que hace un mal uso de la tarjeta de identificación médica, díganos de inmediato. Puede llamar o escribir a Servicios para Miembros de AHCCCS o UnitedHealthcare Community Plan. AHCCCS también tiene una Línea Directa de Fraude para Miembros a la que puede llamar al 1-888-ITS NOT OK (1-888-487-6686) o 602-417-4193.
- También puede llamar a AHCCCS o UnitedHealthcare Community Plan para informar sobre cualquier proveedor que crea que puede estar brindando servicios a miembros que no son necesarios o que no deberían brindarse.
- Si tiene una licencia de conducir de Arizona o una identificación emitida por el estado, AHCCCS obtendrá su fotografía de la División de Vehículos Motorizados (MVD) del Departamento de Transporte de Arizona. La pantalla de verificación de elegibilidad de AHCCCS vista por los proveedores contiene su imagen (si está disponible) y detalles de cobertura.

No tire su tarjeta de identificación a la basura.

Ejemplo de la tarjeta

	
Health Plan (80840) 911-03432-06	
Member ID: 9999993042	
Member: REISSUE S ENGLISH	Group: AZLTC
	Long Term Care
Member Services: (800) 293-3740	Rx Bin: 610494
Behavioral Services: (800) 293-3740	Rx Grp: ACUAZ
After Hours Member Services: (800) 377-2055	Rx PCN: 4100
Member Identification Card	
ARIZONA HEALTH CARE COST CONTAINMENT SYSTEM	

Frente

Printed: 10/30/19	
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 .	
Member Services:	1-800-293-3740 TTY/TDD 711
NurseLine:	1-877-440-0255
For Providers:	UHCprovider.com
Claims:	PO Box 5290, Kingston, NY, 12402-5290
Notification:	1-800-377-2055 Eligibility: 1-800-293-3740
Pharmacy Claims:	OptumRX, PO Box 650334, Dallas, TX 75265-0334
For Pharmacists:	877-305-8952

Reverso

16 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCommunityPlan.com, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY **711**.

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.
- 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.
- Estar a cargo de mi reunión de planificación.
- Preguntar a quien quiera que venga a mis reuniones de planificación.
- Elegir mis metas para trabajar y lo que está en mi plan.
- Programar mi reunión de planificación centrada en la persona en un momento y lugar cuando las personas a las que quiero asistir estén disponibles.
- Aceptar los servicios que quiero de la elección de servicios que puedo tener.
- Elegir un proveedor disponible que quiera brindarme mis servicios.
- Saber que puedo necesitar ayuda de mi tutor, familia y/o amigos para tomar buenas decisiones.

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.

Manual para Miembros de Cuidados de Largo Plazo

“Vidas más saludables. Usted más saludable.”

- 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. Lo que incluye, abstenerse del uso de comentarios despectivos, insultos raciales o étnicos, blasfemias hacia proveedores, cuidadores y/o administradores de casos no son aceptables.

No solicitar a su Administrador de caso que:

- Le proporcione cuidados de salud.
- Mueva cualquiera de sus pertenencias.
- Le transporte en su automóvil.
- Le preste dinero.
- Firme formas o documentos por usted.

En presencia del Administrador de casos, usted no puede: Usar drogas, beber alcohol, exhibir armas de fuego, hacer avances sexuales o desvestirse.

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 Long Term Care, tendrá que cambiar su plan de salud. Su cambio debe ser comunicado a su Administrador de Casos por escrito o verbalmente. 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, informe la ausencia o el viaje a su Administrador de Casos. Cuando usted se encuentre fuera de su área de servicio, UnitedHealthcare Community Plan solamente pagará por atenciones médicas de emergencia. Si usted tiene una emergencia, acuda a la sala de emergencias u hospital más cercana. Informe que es un miembro de UnitedHealthcare Community Plan o muestre su tarjeta de identificación. Cualquier servicio que reciba que no sea una emergencia no estará cubierto por UnitedHealthcare Community Plan. Es posible que se le cobre por servicios que no son una emergencia. Si usted necesita atención, pero no es una emergencia, llame a su PCP o a Servicios para Miembros. UnitedHealthcare Community Plan no pagará por ningún servicio recibido fuera del país, incluyendo las atenciones médicas de emergencia.

Cambios en la información

Cambios que debe informar a su Administrador de Casos incluyen:

- Adopción.
- Matrimonio.
- Nacimiento.
- Mudarse a un nuevo condado.
- Muerte.
- Divorcio.
- Mudarse a un nuevo estado.
- Tutela.
- Dirección
- Número de teléfono.

Para cambiar su plan

Todos los años, si reside en los condados de Maricopa, Pinal o Gila, tiene la opción de cambiar de plan durante la elección de inscripción anual (AEC). Esta es la fecha en que se inscribió en AHCCCS. AHCCCS le enviará un aviso dos meses antes de la fecha en que puede cambiar.

Si desea cambiar de plan de salud, llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan. Queremos ayudarle con cualquier problema que tenga primero.

Manual para Miembros de Cuidados de Largo Plazo

Si desea cambiar de plan de salud y no es su período de AEC, aún puede cambiar de plan en casos especiales. Es posible que pueda cambiar su plan de salud si:

- 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, Pinal y Gila.**

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.

El programa de transición de ALTCS

Un programa de transición es para los miembros que no cumplen con el nivel de cuidados de un centro de convalecencia de acuerdo con los requisitos de elegibilidad de ALTCS, pero pueden necesitar otros servicios de cuidados 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 hasta 25 días por año (entre el 1 de octubre y el 30 de septiembre) 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.

20 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCommunityPlan.com,
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY **711**.

Transición de los cuidados si usted cambia de planes

Si cambia de planes pasando de un plan FFS a una MCO, de una MCO a una MCO diferente, o una MCO a un plan FFS 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.

Planeamiento del tratamiento

La administración de caso evalúa, planifica, coordina y supervisa opciones y servicios para satisfacer las necesidades de salud del miembro a través de la comunicación y los recursos disponibles para promover resultados de un costo efectivo y de calidad. Incluye una revisión de los puntos fuertes y de las debilidades del miembro, de su familia o del representante ante el Administrador del caso para que se puedan tomar decisiones informadas. La administración de casos respeta las preferencias, intereses, necesidades, cultura, idioma y sistema de creencias del miembro y de su familia/representante. El Administrador de caso garantiza que el miembro y la familia/representante sean socios en el proceso de planeamiento del tratamiento y en el desarrollo del plan de servicio. Se espera que esta asociación resulte en un plan de servicio mutuamente acordado, que cumpla con las necesidades médicas, funcionales, sociales y de salud conductual del miembro.

Cuidados de emergencia

Una emergencia es una enfermedad que es repentina y pone en peligro su vida o puede causarle daño si no se trata de inmediato. En una emergencia, es muy importante recibir atención de inmediato.

Si tiene una emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana.

No se requiere autorización previa para la atención de emergencia. Tiene derecho a ir a la sala de emergencias de cualquier hospital u otro entorno para recibir servicios de emergencia, como un centro de atención urgente cuando el consultorio de su doctor está cerrado.

Manual para Miembros de Cuidados de Largo Plazo

No todos los problemas de salud son una emergencia. Algunas razones para llamar al 911 o ir a la sala de emergencias incluyen:

- Pérdida repentina de sensación o no poder moverse.
- Dolor en el pecho.
- Dolor intenso en el área del estómago.
- Envenenamiento.
- Un accidente grave.
- Falta de respiración severa.
- Quemaduras severas.
- Herida severa o sangrado abundante.
- Daño en los ojos.
- Espasmos/convulsiones graves.
- Huesos rotos.
- Asfixia o no poder respirar.
- Vomitar sangre (vomitar).
- Fuerte sensación de que podría usted lastimarse a sí mismo o a otra persona.
- Se desmaya o pierde el conocimiento sin razón (no puede despertar).
- Peligro de perder la vida o alguna extremidad.
- Pérdida del habla.
- Asalto.

Si no está seguro de que sea una emergencia real o si tiene preguntas sobre si su situación requiere tratamiento en un centro de atención urgente o en una sala de emergencias, llame a su PCP o NurseLine al 1-877-440-0255, TTY/TDD 1-800-855-2880. NurseLine está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si va a una sala de emergencias, muestre TODAS las tarjetas de identificación cuando llegue. Llame a su PCP y Administrador de Casos dentro de 2 días/48 horas, o lo antes posible. Cualquier atención de seguimiento será brindada por su PCP. Debe ver a su PCP dentro de 7 días posteriores a su salida 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. 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.

Cuándo no debe utilizar la sala de emergencias

La mayoría de las enfermedades no son emergencias y pueden recibir tratamiento en el consultorio de su doctor. Usted también puede ser tratado en un centro de atención médica de urgencia. Usted no debe emplear una sala de emergencias si tiene alguno de estos problemas menores:

- Esguince o distensiones.
- Cortaduras o rasguños.
- Dolores de oídos.
- Dolores de garganta.
- Tos o resfriados.

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)

Si usted necesita transportación a una cita, pregunte primero a un amigo, familiar o vecino. Si usted no puede obtener transporte, UnitedHealthcare Community Plan le ayudará. Para los servicios cubiertos por AHCCCS, los miembros pueden recibir servicios de transporte que no sean de emergencia a través de UnitedHealthcare Community Plan. Usted es responsable de hacer los arreglos para su propio transporte. Los miembros y/o representantes de la familia pueden programar el transporte que no sea de emergencia. No hay necesidad de ninguna autorización adicional.

Seguir estas simples reglas le ayudará con los arreglos para su transporte:

- Llame al menos 72 horas antes de su visita de atención médica.
- Llame al **1-888-700-6822** o al **602-889-1777**, TTY/TDD 711 para programar su viaje.
- Si cancela su visita, llame al **1-888-700-6822** o al **602-889-1777** para cancelar su transporte.
- El transporte es solamente para los servicios con cobertura.
- Conozca la dirección de su proveedor de atención médica.
- Sea específico acerca del lugar a donde lo tengan que llevar.
- Después de su visita, llame para que lo lleven a su casa.
- Infórmenos si usted tiene necesidades especiales tales como una silla de ruedas.
- Los miembros de 14 años de edad y menores deben ir acompañados por un padre o tutor. Los miembros entre 15 y 17 años deben ser acompañados por un padre o tutor, a menos que MTBA haya recibido una autorización firmada dando consentimiento del padre o tutor del miembro.
- El transporte puede estar limitado a un proveedor cercano a usted.

Si usted necesita transportación a un **centro de atención médica de urgencias**, puede llamar en cualquier momento, cualquier día de la semana. No necesita hacer una cita con anticipación para el transporte de atención médica de urgencia.

El transporte está disponible para los programas de apoyo locales basados en la comunidad si está documentado en su plan de servicio con su proveedor de salud conductual. El transporte se limita a llevarlo al programa más cercano capaz de satisfacer sus necesidades. Para conocer más información contacte a su proveedor de salud conductual.

Si usted tiene una emergencia que pone en peligro su vida, llame al 911. El transporte que no es de emergencia no puede emplearse para una emergencia.

Servicios de cuidados de salud cubiertos

Estos son muchos de los servicios cubiertos de atención a largo plazo que puede recibir si son médicamente necesarios.

Su PCP o especialista primario lo ayudará a decidir si los necesita. Si recibe servicios que no están cubiertos por Long Term Care, es posible que usted deba pagarlos.

Servicio cubierto

Ayudas adaptativas.

Cirugía bariátrica.

Servicios de salud conductual.

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.

Manual para Miembros de Cuidados de Largo Plazo

Servicio cubierto

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 <https://www.uhccommunityplan.com/az/medicaid/long-term-care.html> 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.

Cuidados 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.

Servicio cubierto

Servicios preventivos incluidos, entre otros, servicios de diagnóstico como evaluación del cerviz, que incluye prueba de Papanicolaou 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.

Trasplante de órganos y tejidos y medicamentos relacionados cubiertos para miembros con afecciones médicas específicas.

- Los servicios de trasplante y los medicamentos cuando sean médicamente necesarios, deben preautorizarse.
- 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.

Atención médica de la visión de rutina y de emergencia y todos los exámenes de la vista, lentes con prescripción, armazones y tratamientos para las afecciones de la visión de todos los miembros menores de 21 años.

Servicios previamente cubiertos por Servicios de rehabilitación para niños.

Alimentación médica metabólica.

Visitas de telesalud por teléfono o video.

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. Las visitas EPSDT para miembros menores de 21 años se consideran lo mismo que una visita de bienestar.

Cuidados dentales – Atención dental de rutina y de emergencia para miembros menores de 21 años.

Servicio cubierto

Cuidados dentales – Servicios médicos y quirúrgicos limitados por parte de un dentista para miembros de 21 años o más.

Cuidados dentales – 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.

Cuidados dentales – Beneficios dentales de rutina, preventivos y terapéuticos 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.

Servicio cubierto

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).

Pruebas genéticas y asesoramiento cuando se considere que son médicamente necesarios.

Cirugía de reducción del volumen pulmonar (LVRS): la LVRS o neumoplastia reductiva está cubierta para personas con enfisema severo y se cubre cuando es médicamente necesaria.

Dispositivos protésicos cuando sea médicamente necesario.

Terapias cubiertas para miembros de 21 años de edad y mayores:

Terapia ocupacional para pacientes internados/ambulatorios.

Se cubre cuando sea médicamente necesaria.

Fisioterapia para pacientes internados.

Cubierta cuando sea médicamente necesaria.

Servicio cubierto

Fisioterapia ambulatoria.

- 15 visitas por año de beneficios (del 1 de octubre al 30 de septiembre) para restaurar una habilidad o función que el miembro tenía anteriormente pero que perdió debido a una lesión o enfermedad y el mantenimiento de esa función una vez restaurada; y
- 15 visitas por año de beneficios (del 1 de octubre al 30 de septiembre) para recuperar u obtener una habilidad o función nunca aprendida o desarrollada y mantener esa función una vez desarrollada.

Terapia del habla para pacientes internados/ambulatorios.

Se cubre cuando es médicamente necesaria.

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). Si usted vive en una casa de reposo, paga su “parte del costo” a esa casa. ALTCS le informará cual es la “participación del costo del miembro”.
- 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).
- Si se encuentra en un centro de vida asistida, debe pagar su habitación y comida. Usted paga esto directamente a su centro.
- 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 vivienda asistida para lesiones cerebrales traumáticas.

Manual para Miembros de Cuidados de Largo Plazo

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. Está disponibles hasta 600 horas de descanso por año de beneficios (del 1 de octubre al 30 de septiembre).
- Descanso de grupo como alternativa a la atención diurna para adultos.
- Modelo de atención de cuidados de asistente.
 - Los padres pueden proporcionar servicios de asistencia si el miembro tiene 18 años de edad o más. Póngase en contacto con su Administrador de casos para obtener más información.
 - Los servicios de atención de asistente no son reembolsables en ningún hospital, institución o en un hogar alternativo así como en un entorno basado en la comunidad.
 - 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.
 - Atención de asistente tradicional.
- 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 un proveedor que no está registrado en AHCCCS.
- Servicios que no son médicamente necesarios.
- 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 que el director médico del plan de salud determina que son experimentales.
- Servicios que no son los menos costosos y producen el mismo resultado.
- 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.
- La marihuana medicinal: AHCCCS no se cubre la marihuana medicinal como un beneficio médico o de farmacia.
- Servicios médicos para aquellos en una institución para tratamiento de TB (tuberculosis).
- Medicamentos de venta libre y suministros médicos (excepto bajo ciertas condiciones).
- Artículos de cuidado personal como peines, maquinillas de afeitar, jabón, etc.
- Recetas que no están en nuestra lista de medicamentos cubiertos, a menos que estén aprobadas.
- Exámenes de rutina de la vista para lentes o anteojos recetados para adultos mayores de 21 años.

Manual para Miembros de Cuidados de Largo Plazo

Los siguientes no se encuentran cubiertos por propósitos de 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.

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. Los miembros pueden obtener información acerca de los recursos de vivienda y referencias comunicándose con su Administrador de Caso o con Servicios para Miembros.

Para los miembros con una Seria Enfermedad Mental (SMI) hay servicios no de Non-Title XIX/XXI 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 conductual:

Una institución para los cuidados de salud que provee tratamientos continuos para personas que presentan condiciones relacionadas a la salud conductual, 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,

¿Tiene preguntas? Visite UHCCommunityPlan.com, 35
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY 711.

Manual para Miembros de Cuidados de Largo Plazo

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. Todos los entornos deben estar integrados y admitir el acceso a la comunidad en general. 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 terapéutico de salud conductual para adultos: Con licencia del Departamento de Servicios de Salud de Arizona (ADHS). Un hogar de apoyo para la salud conductual que proporciona alojamiento y comida, ayuda a adquirir habilidades para la vida diaria, coordina el transporte a las citas programadas, monitorea el comportamiento, ayuda en la autoadministración de medicamentos y brinda retroalimentación al administrador de casos relacionado con el comportamiento para un individuo de 18 años de edad o mayor según los problemas de salud conductual del individuo y la necesidad de servicios de salud conductual.

Centro residencial de salud conductual: Con licencia del Departamento de Servicios de Salud de Arizona (ADHS). Un entorno de tratamiento de salud conductual residencial alternativo de HCB que brinda tratamiento a una persona que experimenta un problema de salud conductual que: Limita la capacidad de la persona de ser independiente o hace que la persona requiera tratamiento para mantener o mejorar la independencia.

Hogares de relevo de salud conductual: Con licencia del Departamento de Servicios de Salud de Arizona (ADHS) como un centro residencial de salud conductual que está calificado para proporcionar servicios de alivio.

36 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCommunityPlan.com,
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY **711**.

Centro de transición de abuso de sustancias: Con licencia del Departamento de Servicios de Salud de Arizona (ADHS). Una institución de atención médica que brinda servicios de salud conductual a una persona intoxicada o que puede tener un problema por el abuso de sustancias.

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 cualquier otros servicios cubiertos que son médicamente necesarios. Los cuidados de fin de vida se enfocan en la comodidad y calidad de vida para el miembro, en cualquier etapa de una enfermedad. 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.

Su PCP está a cargo de TODAS sus necesidades de atención médica cubiertas. Si necesita atención médica especializada, su PCP puede referirlo a un especialista u otro médico.

Los miembros también pueden solicitar servicios sin una referencia y pueden elegir un proveedor de la red de proveedores del plan de UnitedHealthcare Community.

Para las citas de atención especializada de urgencia, al miembro se le verá a más tardar 2 días hábiles a partir de la solicitud y las citas de atención de rutina se realizarán dentro de 45 días calendario posteriores a la solicitud.

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.

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 asegurarnos que usted esté viviendo en el mejor lugar para su situación. Administración de caso hace un plan con usted para satisfacer sus necesidades médicas y de cuidados personales durante el proceso de evaluación. La planificación de servicios centrada en la persona es para que los administradores de casos, los miembros y sus familiares, amigos, que toman decisiones de atención médica y cuidadores trabajen juntos **para crear e implementar un plan de servicio por usted y abordar lo que es importante para el miembro**. Este proceso:

- Se basa en las fortalezas, preferencias de vida y necesidades de apoyo de los miembros.
- Incluye oportunidades para actividades significativas como conexiones sociales, empleo, actividades comunitarias y como voluntario.
- Promueve la independencia y la inclusión comunitaria.

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*)).
- Obtener servicios de salud conductual.

Visite nuestro sitio en internet o comuníquese con los Servicios para Miembros para obtener una copia del Directorio de Proveedores de UnitedHealthcare Community Plan sin costo para usted. Nuestro directorio contiene información acerca de cómo nuestros proveedores pueden satisfacer sus necesidades culturales, de idioma o de accesibilidad.

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 **1-800-293-3740**, 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. El proveedor de servicios de salud para los nativos americanos puede referir al miembro a un proveedor de UnitedHealthcare Community Plan.

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 puede escoger un doctor gineco-obstetra de atención primaria, médico de atención primaria o profesional de atención primaria, como una enfermera practicante, asistente médico o partera. Estos proveedores de maternidad y planificación familiar se asegurarán de que reciba servicios antes y después del parto. 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 <https://www.uhccommunityplan.com/az/medicaid/long-term-care.html>. 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

Cuidados urgentes:	Las citas deben programarse tan pronto como lo requiera la condición de salud del miembro, pero a más tardar 2 días hábiles a partir de la solicitud.
Cuidados de rutina:	Dentro de los 21 días calendario posteriores a la solicitud.

Citas especializadas, incluidas las citas de especialidad dental.

Cuidados urgentes:	Las citas deben programarse tan pronto como lo requiera la condición de salud del miembro, pero a más tardar 2 días hábiles a partir de la solicitud.
Cuidados de rutina:	Dentro de los 45 días calendario posteriores a la solicitud.

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. Las visitas de EPSDT para miembros menores de 21 años se consideran lo mismo que una visita de bienestar.

¿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** — Asma, 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 médicamente necesarios y la relación efectividad-coste.

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

Manual para Miembros de Cuidados de Largo Plazo

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 médicamente 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.

Servicios de salud y embarazo de la mujer

UnitedHealthcare Community Plan sabe que las madres saludables tienen bebés saludables. Es por eso que nosotros cuidamos especialmente a todas nuestras futuras mamás. UnitedHealthcare Community Plan tiene un programa llamado Healthy First Steps para miembros de UnitedHealthcare Community Plan. Healthy First Steps ofrece información, educación y apoyo para ayudar a reducir los problemas mientras usted está embarazada. Si piensa que usted puede estar embarazada o tan pronto como sepa que está embarazada, llame a Healthy First Steps al 1-800-599-5985.

Los miembros femeninos o los miembros asignados a mujeres al nacer tienen acceso directo a servicios preventivos y de atención de bienestar por parte de un ginecólogo dentro de la red del Contratista sin una referencia de un proveedor de atención primaria.

Como miembro, UnitedHealthcare Community Plan le ayudará a:

- Elegir a un doctor obstetra de atención primaria (PCO), una enfermera practicante, un asistente médico o una enfermera partera certificada (CNM) para la atención médica del embarazo.
- Obtener información acerca de Healthy First Steps, un programa de maternidad para usted y su bebé. Puede llamar a Healthy First Steps al 1-800-599-5985.
- Tener acceso a los programas de visitas domiciliarias de salud materno-infantil para mujeres embarazadas y familias con hijos desde la edad de 5 años. No hay ningún costo, y un visitante domiciliario capacitado viene a la casa para ayudar a las familias con educación acerca de temas como: Crianza de los hijos, lactancia materna, empleo y soluciones del cuidado infantil, prevención del abuso infantil/abandono infantil, desarrollo infantil y preparación escolar.
- Programar sus citas y exámenes.
- Elegir a un pediatra (el doctor del niño) para su nuevo bebé.

44 **¿Tiene preguntas?** Visite [UHCCommunityPlan.com](https://www.uhc.com/community-plan), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY **711**.

- Elegir un PCP para usted después del nacimiento de su bebé o retornar al PCP que tenía antes de su embarazo. Llame a Servicios para Miembros después del nacimiento del bebé.
- Obtener información acerca de los programas comunitarios como WIC (Mujeres, bebés y niños). Puede llamar a WIC al 1-800-252-5942.
- Obtener información acerca de los programas comunitarios como el centro de información para niños para los asientos de automóvil, cuidado infantil, lactancia materna y otros recursos. Usted puede llamar a la oficina para niños con necesidades especiales de atención médica al 1-800-232-1676 o OCSHCN@azdhs.gov.
- Obtener respuestas a sus preguntas acerca de la lactancia llamando a la **Línea directa de lactancia materna** del Departamento de Servicios de Salud de Arizona las 24 horas del día al 1-800-833-4642 o visitando www.gobreastmilk.org.

Su doctor le dará a usted:

- Atención médica antes y después del nacimiento de su bebé (sin copagos).
- Información acerca de cómo tener un embarazo saludable, de cómo tener una buena nutrición, de cómo dejar de fumar y de cómo hacer ejercicio.
- Información acerca de las opciones del tipo de parto y de clases acerca del parto.
- Ayuda con las opciones y servicios de la planificación familiar después del nacimiento de su bebé (incluidas, entre otras, información acerca de las píldoras anticonceptivas, los condones y las esterilizaciones).

Cuidados prenatales en los plazos de las citas

- Primer trimestre: Dentro de 14 días calendario desde la solicitud de cita.
- Segundo trimestre: Dentro de 7 días calendario desde la solicitud de cita.
- Tercer trimestre: Dentro de 3 días hábiles desde la solicitud de cita.
- Embarazos de alto riesgo: Las citas deben programarse tan pronto como lo requiera la condición de salud del miembro, pero a más tardar 3 días hábiles de identificación de alto riesgo por parte de UHCCP o un proveedor de atención de maternidad, o inmediatamente si existe una emergencia.

Las citas son muy importantes para su salud y la salud de su bebé. Usted debe consultar a su doctor durante el embarazo, incluso si usted se siente bien. Si necesita cambiar su cita, comuníquese con su doctor antes de la fecha de su cita. También, usted debe consultar a su doctor dentro de 57 días posteriores al nacimiento de su bebé (atención de posparto). Si usted tuvo una cesárea, es posible que su doctor quiera verla más pronto.

Manual para Miembros de Cuidados de Largo Plazo

En la revisión de posparto su doctor:

- Revisará que usted se está recuperando normalmente.
- La examinará para detectar si usted tiene una depresión de posparto.
- Le hará un examen pélvico para asegurar que sus órganos reproductivos han vuelto a la condición previa al embarazo.
- Le responderá a las preguntas que usted tenga acerca de la lactancia materna y examinará sus senos.
- Responderá a preguntas que usted tenga acerca de las reiniciar relaciones sexuales y acerca de las opciones para el control de la natalidad.

Puede hacerse una prueba de VIH en cualquier momento. Si su prueba es positiva, usted puede obtener tratamiento especializado y asesoramiento médico. Hable con su PCP o comuníquese con su departamento local de salud pública para realizar estas pruebas.

Si usted está embarazada y ha estado consultando con un doctor que no está en dentro de nuestra red, es posible que usted pueda cambiar de plan. Esto se debe a que usted pueda tener un problema de continuidad de atención médica durante su embarazo. Consulte “Cambio de Planes” en éste manual.

Si usted encuentra que ya no está embarazada, llame a su Administrador de casos o a Servicios para Miembros. Le ayudarán a organizar cualquier servicio de atención médica o cambios que usted pueda necesitar.

Si usted tiene preguntas o necesita ayuda para obtener servicios de salud conductual, llame a su Administrador de casos al número que aparece en su tarjeta de identificación. Consulte la página 11 de este manual para obtener información acerca de las crisis de salud conductual y las páginas 54 a 63 para obtener información adicional acerca de los servicios de salud conductual.

Línea de ayuda para los desórdenes por el uso de sustancias: 855-780-5955

La Línea de ayuda para los desórdenes por el uso de sustancias es un recurso gratuito y anónimo para las mujeres embarazadas y las mujeres en su período de posparto (hasta por un año después) y mujeres que buscan ayuda para sí mismas o para un ser querido que necesita ayuda para los trastornos por el uso de sustancias, o trastornos por el consumo de alcohol o por el uso de opiáceos.

La Línea de ayuda para los trastornos por el uso de sustancias está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana y ofrece un acceso directo a un especialista en la salud conductual/defensor especializado en la recuperación por el uso de sustancias (SURA), ahí se proporciona asistencia y recomendaciones acerca de proveedores. Los trastornos por el uso de sustancias ocurren cuando el consumo recurrente de alcohol, tabaco o drogas (incluyendo los opioides, la marihuana, los estimulantes y los alucinógenos) causan un deterioro significativo, como problemas de salud, discapacidad y falta de cumplimiento de las principales responsabilidades en el trabajo, la escuela o el hogar.

Algunos ejemplos de cuándo usted puede llamar a la Línea de ayuda para los trastornos por el uso de sustancias son:

- Es posible que usted esté usando sustancias de una manera inapropiada y corra el riesgo de incurrir en el abuso o la adicción.
- Está usted buscando ayuda, pero le da mucha vergüenza pedirla.
- Le preocupa su uso de sustancias o el uso de sustancias de un amigo o un ser querido.
- Tiene preguntas acerca del tratamiento de la adicción y qué cubrirá su plan de seguro.
- Está buscando proveedores que se especialicen en el tratamiento de trastornos por el uso de sustancias.

Los trastornos por el uso de sustancias es una enfermedad

Aquellas personas que sufren de cualquier forma de trastornos por el uso de sustancias necesitan de apoyo emocional, empatía y tratamiento basados en la evidencia para recuperarse, de la misma forma como cualquier otra enfermedad grave.

Servicios de planificación familiar

Para los servicios de planificación familiar, usted puede elegir un médico de atención primaria o a un profesional de atención primaria, como un enfermero practicante, un asistente médico o una partera. Las mujeres también pueden ver a un obstetra/ginecólogo para recibir sus servicios sin necesitar una referencia de su PCP. El obstetra/ginecólogo debe contratarse con UnitedHealthcare Community Plan. Los servicios de planificación familiar también están disponibles en todo el estado en cualquier oficina de Planned Parenthood (1-800-230-7526).

Los servicios de planificación familiar le ayudan a protegerse de tener un embarazo no deseado y/o contraer una enfermedad de transmisión sexual. Tanto hombres como mujeres en edad reproductiva son elegibles para recibir servicios de planificación familiar.

Los servicios de planificación familiar no requieren una referencia, pueden ser suministrados por proveedores no contratados y se ofrecen sin costo alguno para usted.

Conocer todas sus opciones de control de natalidad puede ayudarle a elegir el método adecuado para usted. Las opciones de acción prolongada son una buena opción para muchas mujeres y no hay cargo ni costo. Éstos incluyen:

- Dispositivo intrauterino (DIU): Un pequeño dispositivo de plástico o cobre en forma de “T” que su doctor implanta en su útero, o
- Implante anticonceptivo: Un cilindro pequeño del tamaño de un cerillo que su doctor implanta debajo de la piel de su brazo.

Los beneficios de las opciones anticonceptivas de acción prolongada incluyen:

- Son 99 por ciento efectivos.
- Funcionan mejor que los métodos de píldora y barrera.
- Tienen una duración de tres a diez años, según el tipo que elija.
- Son convenientes. No es necesario una receta para obtenerlos o pastillas que tenga que recordar tomarlas.
- Son reversibles. Cuando usted desee quedar embarazada, puede retirarlos.

Además del DIU y el implante anticonceptivo, los servicios cubiertos de planificación familiar también incluyen lo siguiente:

- 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.

48 **¿Tiene preguntas?** Visite [UHCCommunityPlan.com](https://www.uhc.com/community-plan), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY **711**.

Manual para Miembros de Cuidados de Largo Plazo

- 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.
- Planificación familiar natural.
- Detección de embarazo.
- Procedimientos radiológicos, incluidos los estudios de ultrasonido relacionados con la planificación familiar.
- Detección, pruebas y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Espuma, crema o jalea espermicida: medicamentos intravaginales.
- Tratamiento de complicaciones derivadas del uso de anticonceptivos, incluido el tratamiento de emergencia.
- Ligamento de las trompas: Procedimiento quirúrgico para mujeres mayores de 21 años.
- Vasectomía: Procedimiento quirúrgico para hombres mayores de 21 años.

Los siguientes servicios no están cubiertos dentro de los servicios de planificación familiar:

- Servicios de infertilidad que incluyen pruebas de diagnóstico, servicios de tratamiento o reversión de la infertilidad quirúrgica.
- Asesoramiento para la terminación de embarazo.
- Terminaciones del embarazo (consulte la sección a continuación para conocer las situaciones en que las terminaciones del embarazo son médicamente necesarias y están cubiertas).
- Histerectomías.

Si usted pierde la elegibilidad para los servicios de AHCCCS, UnitedHealthcare Community Plan puede ayudarle a encontrar servicios de planificación familiar de bajo costo o sin costo. Llame a su Administrador de casos o llame a la Línea directa del Departamento de Servicios de Salud de Arizona al 1-800-833-4642. Planned Parenthood ofrece servicios de planificación familiar a bajo costo. Puede llamar al 1-800-230-7526 para conocer donde se encuentra la oficina más cercana a usted. Arizona Family Health Partnership también puede ayudarlo a encontrar servicios de planificación familiar de bajo costo o gratuitos. Si usted vive fuera del área de Phoenix, comuníquese con Arizona Family Health Partnership al 602-258-5777 o al 1-888-272-5652.

Si usted necesita tratamiento para una infección de transmisión sexual (ITS), comuníquese con su doctor, especialista en STD o con el Departamento de Servicios de Salud de Arizona al 602-542-1025. Los servicios proporcionados por el Departamento de Servicios de Salud de Arizona también están disponibles si usted pierde la cobertura de AHCCCS. También podemos ayudarlo a encontrar servicios de atención primaria de bajo costo o sin costo si pierde la elegibilidad. Si usted necesita ayuda para encontrar estos servicios, llame a Servicios para Miembros.

¿Tiene preguntas? Visite [UHCCommunityPlan.com](https://www.uhccommunityplan.com), 49
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY 711.

Manual para Miembros de Cuidados de Largo Plazo

Terminaciones de embarazo médicamente necesarias

Las terminaciones de embarazo son un servicio cubierto por AHCCCS solo en situaciones especiales. AHCCCS cubre la terminación del embarazo si se presenta alguno de los siguientes criterios:

1. La mujer que es miembro padece de un trastorno, lesión o una enfermedad física que incluye una condición física que pone en peligro la vida y es causada por el embarazo o que, como lo certifique un doctor, pone al miembro en peligro de muerte, a menos que se termine el embarazo.
2. El embarazo es consecuencia de un incesto.
3. El embarazo es el resultado de una violación.
4. La interrupción del embarazo es médicamente necesaria de acuerdo al criterio médico de un doctor con licencia, quien certifica que la continuación del embarazo podría razonablemente crear un problema físico o de salud conductual grave para la miembro embarazada:
 - a. Crear un problema serio de salud física o conductual para la miembro embarazada,
 - b. Deteriorar gravemente una función corporal de la miembro embarazada,
 - c. Causar la disfunción de un órgano o una parte corporal de la miembro embarazada,
 - d. Exacerbando un problema de salud de la miembro embarazada, o
 - e. Previendo que la miembro embarazada obtenga tratamiento para un problema de salud.

Hogares dentales

Nosotros pensamos que el cuidado dental es tan importante como cualquier otro cuidado que reciba que ud recibe. Es por eso que asignamos a todos nuestros miembros a un consultorio dental. Esto es como su doctor de atención primaria, pero es para la atención médica dental.

Los servicios dentales de rutina están cubiertos para miembros menores de 21 años. Algunos de estos servicios incluyen:

- Exámenes dentales, dos por año.
- Aplicación de fluoruro tópico.
- Empastes para caries.
- Selladores dentales.
- Limpiezas dentales.
- Servicios dentales de emergencia.
- Radiografías para detectar problemas dentales.

Manual para Miembros de Cuidados de Largo Plazo

Los miembros de 21 años de edad o más tienen un beneficio de \$1000 por servicios dentales de rutina, incluyendo las dentaduras postizas, y un beneficio de \$1000 por servicios dentales de emergencia por cada período de 12 meses a partir del 1o. de octubre hasta el 30 de septiembre.

Usted podría hacer una cita con el consultorio dental para sus cuidados dentales. Le enviamos por correo el nombre y la dirección del dentista al que usted está asignado. Si desea cambiar su consultorio dental, llame al **1-800-293-3740**, TTY **711**. Llame a su dentista para programar una cita. Los miembros pueden recibir visitas preventivas dos veces al año (cada seis meses).

Los proveedores dentales pueden encontrarse en el sitio de internet de <https://www.uhccommunityplan.com/az/medicaid/long-term-care.html>, 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.

Citas de proveedores dentales:

Cuidados urgentes:	Las citas deben programarse tan pronto como lo requiera la condición de salud del miembro, pero a más tardar 3 días hábiles a partir de la solicitud.
Cuidados de rutina:	Dentro de los 45 días calendario de la solicitud.

Para obtener sus medicamentos de receta

Obtener medicamentos de receta es una parte importante de su atención médica. Si su doctor le receta un medicamento que se encuentra en la lista de medicamentos preferidos (PDL) de su plan, usted está cubierto, con la excepción de cualquier copago que pudiera haber. (A esta lista también se le conoce como formulario). Si su medicamento no se encuentra en la PDL, su proveedor de atención médica puede solicitar un medicamento alternativo para usted que figure en la PDL. UnitedHealthcare Community Plan cubre los medicamentos de esta lista y puede pagar otros medicamentos con aprobación previa. Vea a continuación como puede obtener información acerca de la aprobación previa. Usted puede surtir sus recetas en cualquier farmacia de nuestra red. Muchas farmacias están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para obtener una lista de farmacias, use su directorio de proveedores o visite myuhc.com/CommunityPlan.

Manual para Miembros de Cuidados de Largo Plazo

Si tiene problemas para obtener su receta durante el horario normal de atención, llame a Servicios para Miembros. Si usted tiene problemas para obtener sus recetas después del horario normal de atención médica, los fines de semana o días festivos, haga que su farmacéutico llame al servicio de asistencia de la farmacia. Este número está en el reverso de su tarjeta de identificación.

Autorización previa

Aprobación previa (autorización) de medicamentos recetados

Si su medicamento de receta no se anota en la PDL, o está en esa lista pero requiere aprobación previa, su proveedor de atención médica puede solicitar una aprobación previa para usted, así que usted podrá obtener ese medicamento. Aprobaremos o rechazaremos la solicitud dentro de 24 horas. Si se aprueba la solicitud, usted y su proveedor de atención primaria (PCP) serán informados de la decisión por escrito, incluyendo el período de tiempo para la aprobación del medicamento. Si se rechaza una solicitud, usted y su proveedor de atención primaria (PCP) serán informados de la decisión por escrito. El aviso de decisión por escrito le informará cómo y cuándo usted puede apelar esta decisión y cómo presentar una queja o reclamación ante UnitedHealthcare Community Plan.

Beneficio de suministro para 90 días

Los miembros pueden obtener un suministro de 90 días de medicamentos de mantenimiento seleccionados en la farmacia minorista. Los medicamentos son típicamente aquellos medicamentos que toma regularmente para una afección crónica o de largo plazo.

Con un suministro de 90 días, no necesitará renovarlo todos los meses. Para obtener más detalles, hable con su médico o farmacéutico. Para obtener una lista completa de los medicamentos incluidos en este beneficio, llame a Servicios para Miembros.

Tiene la capacidad de obtener medicamentos de mantenimiento por correo. Si reúne los requisitos, puede obtener un suministro de 90 días de sus medicamentos de mantenimiento por correo y no necesitará renovarlo todos los meses. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información y solicitar un formulario de inscripción de pedidos por correo.

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.

Pueden existir situaciones en las que el plan considere que es necesario limitar a un miembro a una sola farmacia o a un doctor que prescribe, debido al uso inadecuado de los medicamentos recetados. A usted se le enviará una carta explicando los motivos de esta limitación antes de que se implemente la limitación. Esta carta también incluirá su derecho a presentar una apelación. Las situaciones que pueden resultar en la limitación de un miembro a una sola farmacia o un solo doctor que prescribe se anotan a continuación:

Sobre-utilización	El miembro en la sobreutilización significa que utilizó lo siguiente en un período de 3 meses: <ul style="list-style-type: none">• 4 o más diferentes personas prescribiendo medicamentos; y• 4 o más medicamentos con potenciales para el abuso (por ejemplo, opioides, relajantes musculares, tranquilizantes); y ha empleado; y• 4 o más diferentes farmacias. ó El miembro ha recibido 12 o más recetas de los medicamentos de un posible medicamento con potencial para el abuso en los últimos tres meses.
Fraude	El miembro de fraude ha presentado una receta falsificada o alterada a la farmacia.

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 <https://www.uhccommunityplan.com/az/medicaid/long-term-care.html>.

Usted tiene el derecho de aceptar o rechazar los servicios de salud conductual que se le ofrecen. Si usted desea obtener los servicios de salud conductual que se ofrecen, usted o su tutor legal deben firmar un formulario de “consentimiento para el tratamiento”. Este formulario le otorga a usted o a su tutor legal la autorización para recibir servicios de salud conductual. Cuando firma un formulario de “consentimiento para el tratamiento”, usted también le está dando permiso a AHCCCS para acceder a sus expedientes.

Para brindarle ciertos servicios, su proveedor necesita obtener su permiso. Su proveedor puede pedirle que firme un formulario o que le dé un permiso verbal para obtener un servicio específico. Su proveedor le dará información acerca del servicio para que pueda decidir si usted desea ese servicio o no.

A esto se le llama consentimiento informado. El consentimiento informado significa informar a un paciente acerca de un tratamiento propuesto, un procedimiento quirúrgico, un fármaco psicotrópico o un procedimiento de diagnóstico, alternativas al tratamiento quirúrgico, psicotrópico o diagnóstico; riesgos asociados y posibles complicaciones, así como obtener la autorización o aprobación documentada del paciente o su representante para el tratamiento propuesto, el procedimiento quirúrgico, el medicamento psicotrópico o el procedimiento de diagnóstico.

Los miembros son evaluados para sus necesidades de atención médica y determinantes sociales de la salud por su PCP, proveedor de salud conductual o administrador de atención médica. La evaluación de un miembro puede indicar una necesidad de vivienda. Los servicios de vivienda con apoyo están diseñados para ayudar a las personas o familias a obtener y mantener una vivienda en diversos entornos según las necesidades de los miembros, con énfasis en entornos comunitarios independientes, incluyendo sus propios hogares o apartamentos de la persona, así como los hogares que son propiedad o están arrendados por un proveedor subcontratado.

Manual para Miembros de Cuidados de Largo Plazo

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:

- Medicamentos para la salud conductual, seguimiento y ajuste.
- Servicios de atención domiciliaria terapéutica de salud conductual.
- Control de la conducta (atención personal, apoyo familiar/capacitación de atención domiciliaria, apoyo de pares).
- Servicios médicos.
- Transporte regular y de emergencia.
- Atención de emergencia para salud conductual.
- Asesoramiento y terapia individual, grupal y familiar.
- Servicios hospitalarios para pacientes internados, desintoxicación y servicios residenciales de salud conductual.
- Servicios de instalaciones psiquiátricas para pacientes hospitalizados.
- Servicios de laboratorio y radiología.
- 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, ajustes y seguimiento.
- Servicios de rehabilitación.
- Atención de alivio, con limitaciones.
- Detección, evaluación y diagnóstico.
- Asesoramiento sobre el uso de sustancias (drogas, opioides y alcohol), tratamiento asistido con medicamentos.
- Servicios de apoyo.
- Planificación del tratamiento.

Usted puede auto-referirse a un proveedor de salud conductual o ser referido por proveedores, escuelas, agencias estatales u otras entidades. Usted puede consultar a un consejero de salud conductual, especialista en adicciones, psicólogo o psiquiatra sin necesidad de una referencia de su PCP. Para acceder a los servicios de salud conductual, llame a su administrador de casos, al número de salud conductual anotado en su tarjeta de identificación, use el directorio de proveedores o visite nuestro sitio en internet en: <https://www.uhcommunityplan.com/az/medicaid/long-term-care.html>.

¿Qué pasa si estoy experimentando una crisis de salud conductual?

Si usted está experimentando una crisis de salud conductual, es importante que obtenga ayuda de inmediato. Llame al número de teléfono de crisis de su área que se encuentra en la página 12 de este manual.

La Línea de ayuda para los trastornos por el uso de sustancias 855-780-5955 — es un recurso gratuito y anónimo para mujeres embarazadas y mujeres en el período de posparto (hasta por un año) que buscan ayuda para ellas mismas o para un ser querido que necesita ayuda con los trastornos por el uso de sustancias. Para obtener más información, consulte la página 47 de este manual o llame directamente a la Línea de ayuda para trastornos por el uso de sustancias.

Todos los miembros están cubiertos para los servicios de salud conductual en una situación de crisis o emergencia.

Las citas de salud conductual deben programarse de manera tan pronto como lo requiera la condición de salud del miembro, pero no más tarde de lo siguiente:

Las citas urgentes de salud conductual — Se llevan a cabo dentro de 24 horas posteriores a la identificación de la necesidad.

Citas de atención médica de rutina — La evaluación inicial debe completarse dentro de 7 días calendario posteriores a la referencia o solicitud. El primer servicio de salud conductual después de la evaluación inicial es tan pronto como lo requiera la condición de salud del miembro, pero para los miembros de 18 años o más, no más tarde de 23 días calendario después de la evaluación inicial y para los miembros menores de 18 años, no más tarde de 21 días después de la evaluación inicial. Todos los demás servicios de salud conductual deben completarse tan pronto como la condición de salud del miembro lo requiera, a más tardar en 45 días calendario.

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

Para referencias por medicamentos psicotrópicos:

Para los medicamentos psicotrópicos, se evaluará de inmediato su necesidad. Se programará una cita no más tarde de 30 días calendario a partir de la identificación de la necesidad. Si a usted se le está agotando los medicamentos o si tiene una declinación en su condición de salud conductual antes de iniciar la medicación, se le podrá ver antes.

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, se puede obtener una evaluación de elegibilidad de SMI con cualquier proveedor calificado de la salud conductual de AHCCCS. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-293-3740**, TTY **711** para obtener más información acerca de cómo contactar a un proveedor de salud conductual de AHCCCS calificado o hable con su Administrador de casos. Un miembro debe tener 17 años y medio de edad o más para que se le evalúe su elegibilidad de SMI. Un miembro o tutor del miembro debe dar su consentimiento para ser evaluado. Para ser elegible para los servicios de SMI, el miembro debe tener un diagnóstico calificado y un impedimento funcional como resultado del diagnóstico calificado.

Los miembros que soliciten una determinación de SMI deben ser evaluados por un proveedor calificado dentro de 7 días posteriores a su solicitud. La determinación de SMI será emitida por la entidad determinante Crisis Response Network (CRN) dentro de los 3 días hábiles posteriores a la evaluación. CRN es la entidad designada responsable de administrar todas las apelaciones de determinación de elegibilidad de SMI. Todas las demás apelaciones relacionadas con la salud conductual son procesadas por UnitedHealthcare Community Plan. CRN proporcionará una notificación por escrito de su decisión con instrucciones de apelación si el miembro no está de acuerdo con esa decisión. Para obtener más información acerca de los cronogramas de CRN, visite: <https://www.crisisnetwork.org/smi/community/#what-is-smi-determination> o llame al CRN al 1-855-832-2866.

Si se determina que un miembro de LTC tiene SMI, el plan de salud del miembro cambiará de UnitedHealthcare Community Plan a una Autoridad Regional de Salud del Comportamiento (RBHA).

Los miembros que ya han sido determinados de tener una SMI pueden ser elegibles para recibir:

- Asistencia Especial.
 - Asistencia Especial es el apoyo que se ofrece a una persona que no puede, debido a una condición específica, comunicar sus preferencias y/o participar efectivamente en el desarrollo de su plan de servicio, plan para ser dada de alta, el proceso de apelación y/o en reclamaciones/procesos de investigación.
 - Si usted necesita asistencia especial, hable con su proveedor de salud conductual, administrador de caso o comuníquese con la Oficina de derechos humanos de AHCCCS al 1-800-421-2124.
- Servicios Non-Title XIX/XXI 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

¿Tiene preguntas? Visite [UHCCommunityPlan.com](https://www.uhc.com), 57
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY **711**.

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 salud mental (anteriormente conocidos como tratamiento de curación tradicional) 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.

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, y
- 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.

Manual para Miembros de Cuidados de Largo Plazo

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, 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 conceptual 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 especialidades múltiples (MSIC) son clínicas donde los miembros que tienen menos de 21 años de edad pueden ver a sus especialistas médicos y a cualquier otra persona involucrada en su atención médica en un solo lugar. En la MSIC, usted y su familia pueden reunirse en persona con los miembros de su equipo de proveedores para obtener atención médica, planificar su tratamiento y recibir otros servicios que satisfagan sus necesidades únicas. Cada MSIC está abierta de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. de lunes a viernes. Las clínicas específicas, como la clínica cardíaca, pueden llevarse a cabo en ciertos días y horas. Póngase en contacto con su MSIC para conocer el calendario de clínicas. Para hacer, cambiar o cancelar citas en la MSIC, comuníquese con la MSIC al número de teléfono de la clínica indicado 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, Suite 100
Phoenix, AZ 85013
602-914-1520
855-598-1871

Children's Rehabilitative Services

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

Children's Clinics

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

Children's Rehabilitative Services

2851 South Avenue B
Building 25 #2504
Yuma, AZ 85364
928-336-2777
800-837-7309

Children’s Rehabilitative Services (Servicios de Rehabilitación para Niños – CRS)

¿Qué es CRS?

Children’s Rehabilitative Services (CRS) es una designación que reciben ciertos miembros de AHCCCS y DDD que tienen condiciones de salud que califican. Los miembros con una designación de CRS pueden obtener los mismos servicios cubiertos de AHCCCS que los miembros de AHCCCS que no pertenecen a CRS y pueden recibir atención en la comunidad o en clínicas llamadas clínicas multidisciplinarias interdisciplinarias (MSIC). Las MSIC reúnen a muchos proveedores de especialidades diferentes en un solo lugar. Su plan de salud le ayudará a un miembro con una designación de CRS con una coordinación y supervisión de atención más a fondo para asegurarse que se satisfagan las necesidades especiales de atención médica.

La elegibilidad para una designación de CRS es determinada por la División de Servicios para Miembros (DMS) de AHCCCS.

¿Quién es elegible para una designación de CRS?

Los miembros de AHCCCS pueden ser elegibles para recibir una designación de CRS cuando:

- Son menores de 21 años; y
- Tienen una condición médica elegible de CRS.

La condición médica debe:

- Requerir un tratamiento activo; y
- Ser determinado por AHCCCS DMS para cumplir con los criterios especificados en A.A.C. R9-22-1303.

Cualquier persona puede llenar una solicitud para CRS, incluyendo un miembro de la familia, un doctor o un representante del plan de salud. La Unidad CRS también puede ayudar a completar la solicitud. Puede comunicarse con la Unidad de CRS al: 602-417-4545 o al 1-855-333-7828.

Para obtener más información, visite: <https://www.azahcccs.gov/PlansProviders/CurrentProviders/CRSreferrals.html>.

Para solicitar una designación de CRS, envíe un correo electrónico o un fax con:

- Una solicitud CRS completa; y
- La documentación médica que asegura que el solicitante tenga una condición de calificación de CRS que requiere tratamiento activo.

UnitedHealthcare Community Plan ofrecerá los cuidados médicos necesarios para los servicios de salud física y conductual y la atención para la afección de CRS.

¿Tiene preguntas? Visite UHCCommunityPlan.com, 65
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY 711.

Consejo de los miembros

Los Consejos Asesores de los Miembros para los Cuidados a Largo Plazo de UnitedHealthcare Community Plan le brindan un foro para que los miembros del plan de salud, los proveedores locales de atención a largo plazo y las agencias comunitarias locales ofrezcan recomendaciones sobre los servicios de atención a largo plazo. En las reuniones, hablamos sobre los programas AHCCCS nuevos y en curso. Es una gran oportunidad para que los miembros proporcionen información sobre los procesos actuales y los cambios futuros en el programa ALTCS. Hablamos sobre cómo mejorar la atención de nuestros miembros. Cualquier miembro del plan de salud puede ir a las reuniones. Nos gustaría que usted sea parte de nuestro Consejo Asesores de los Miembros para los Cuidados a Largo Plazo. Para obtener más información, comuníquese con su Administrador de casos.

Preautorización

¿Cómo sabré si un servicio ha sido aprobado (autorización) o denegado?

UnitedHealthcare Community Plan revisa la solicitud de servicio de usted, su PCP o su especialista. Su médico le informará si el servicio está aprobado. Si el servicio ha sido denegado, UnitedHealthcare Community Plan le enviará una carta, llamada notificación de determinación adversa de beneficios. Tiene derecho a conocer los criterios que se utilizan para tomar decisiones. Las decisiones de autorización normales se tomarán dentro de los 14 días calendario a partir de la fecha de recepción de la solicitud.

Se pueden recibir extensiones hasta por 14 días calendario si es lo mejor para usted. Por ejemplo, nosotros podemos estar esperando recibir sus expedientes médicos de su doctor. En lugar de tomar una decisión sin esos expedientes, nosotros podemos preguntarle a usted si está bien obtener más tiempo para recibir los expedientes. De esa manera, la decisión se puede tomar con una mejor información. Le enviaremos una carta solicitándole por una extensión.

Las decisiones apresuradas (urgentes) en situaciones urgentes y potencialmente mortales deben tomarse en un plazo no mayor de 72 horas después de la recepción de la solicitud de autorización, a menos que una extensión esté vigente. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros en las cartas de notificación de determinación adversa de beneficios y las medidas que puede tomar.

Llame a Servicios para Miembros para obtener más información sobre cómo presentar una apelación.

Si tiene preguntas, pregúntele a su Administrador de Casos o comuníquese con Servicios para Miembros al 1-800-293-3740, TTY 711.

66 **¿Tiene preguntas?** Visite [UHCCCommunityPlan.com](https://www.uhc.com/community-plan), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY **711**.

Aprobación previa para un proveedor fuera de la red

UnitedHealthcare Community Plan es un plan de atención administrada. Debe usar a los proveedores de nuestra red contratada. Sin embargo, puede haber ocasiones en que usted necesite atención médica de un proveedor que no está en nuestra red. Un proveedor fuera de la red puede solicitar una autorización previa para tratarlo. Si se aprueba la solicitud, puede consultar al proveedor fuera de la red.

Autorización previa de medicamentos

Algunos medicamentos pueden requerir de una autorización previa. Las decisiones para una autorización previa para los medicamentos se tomarán dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la solicitud. Si se necesita de información adicional, UnitedHealthcare enviará una solicitud a su proveedor y tomará una decisión final no más tarde de 7 días hábiles a partir de la fecha de la solicitud. Consulte la lista de medicamentos de UnitedHealthcare en UHCCommunityPlan.com.

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.

Copagos

Los miembros de ALTCS no tienen que pagar ningún copago de Medicaid a los proveedores.

Costos compartidos por los miembros

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

68 **¿Tiene preguntas?** Visite [UHCCCommunityPlan.com](https://www.uhccommunityplan.com), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY **711**.

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: [UHCCommunityPlan.com](https://www.uhccommunityplan.com).

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

Medicaid no cubre los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y no paga los copagos, el coseguro ni el deducible de los medicamentos de la Parte D de Medicare. AHCCCS cubre medicamentos que están excluidos de la cobertura de la Parte D de Medicare cuando son médicamente necesarios. Un medicamento excluido es un medicamento que no es elegible para la cobertura de la Parte D de Medicare. AHCCCS puede cubrir algunos medicamentos de venta libre; consulte la Lista de medicamentos de venta libre de UnitedHealthcare para obtener una lista de productos disponibles en nuestro sitio web en [UHCCommunityPlan.com](https://www.uhccommunityplan.com) o llame a Servicios para Miembros para solicitar una copia impresa.

Reclamaciones de los miembros (quejas) y apelaciones no relacionadas con una seria enfermedad mental (SMI)

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

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 conductual. 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

UnitedHealthcare Community Plan le informará cuando recibamos su reclamación y analicemos el problema y después de decidir qué debemos hacer. Si su proveedor tiene su permiso por escrito, él o ella pueden presentar una queja en su nombre.

La mayoría de las quejas se resuelven dentro de los 10 días hábiles pero no más de 90 días calendario.

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.

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: Member Grievance and Appeals
1 East Washington Street, 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 no más tarde de 12 meses a partir de la fecha de la posible violación o de la condición que requiere de investigación de lo ocurrido. Contacte a:

AHCCCS Office of Grievance and Appeals
701 E. Jefferson St., MD6200
Phoenix, AZ 85034
O llame al 602-364-4575
O mande por fax al 602-364-4591

Personas con problemas de audición pueden usar los servicios de Arizona Relay Service en 711 o 1-800-367-8939. Para obtener ayuda, contacte a AHCCCS.

72 **¿Tiene preguntas?** Visite [UHCCommunityPlan.com](https://www.uhc.com/community-plan),
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY **711**.

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 colectará cualquier otra información que ayuda a determinar si sus derechos fueron violados.

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

Una determinación adversa de beneficios es cuando UnitedHealthcare Community Plan hace algo como lo siguiente:

- Niega o limita un servicio solicitado según el tipo o nivel de servicio, satisfaciendo la necesidad médica, el adecuado que sea, el entorno y la efectividad;
- Reduce, suspende o termina un servicio previamente autorizado;
- Niega el pago parcial o total de un servicio;
- No toma una decisión de autorización o no brinda servicios de manera oportuna;
- No resuelve una queja o apelación de manera oportuna;
- Niega la solicitud de servicios de un miembro rural fuera de la red cuando el plan de salud es el único en el área.

Si UnitedHealthcare Community Plan toma una determinación adversa de beneficios, recibirá una carta llamada Notificación de determinación adversa de beneficios. Esta carta le informará:

- Lo que le solicitó su doctor.
- Qué acción se tomó y por qué.
- Su derecho a presentar una apelación, solicitar una audiencia imparcial del estado o solicitar una resolución expedita.
- Si usted estaba recibiendo beneficios, su derecho a que esos beneficios continúen durante su apelación y cómo hacerlo.

Manual para Miembros de Cuidados de Largo Plazo

Si no comprende su Noticia de determinación adversa de beneficios, llame a Servicios para Miembros. Usted tiene el derecho a conocer los criterios que se utilizan para tomar decisiones. También puede presentar una queja si no siente la carta fue lo suficientemente clara para usted. Si aún no está satisfecho con el aviso, puede comunicarse con AHCCCS por correo electrónico MedicalManagement@azahcccs.gov.

Apelaciones por los miembros

Apelaciones no relacionadas con una Seria Enfermedad Mental (SMI)

Si no está de acuerdo con una decisión tomada por UnitedHealthcare Community Plan, puede solicitarnos que revisemos la solicitud nuevamente. Esta solicitud de revisión se llama apelación. La apelación puede ser escrita o verbal. A menos que necesite una apelación acelerada, su apelación verbal debe ser seguida por escrito, llame a Servicios para Miembros, **1-800-293-3740**, TTY **711**.

UnitedHealthcare Community Plan le brindará asistencia para completar formularios y tomar otras medidas de procesos relacionadas con la presentación de una apelación. Su proveedor o representante también puede presentar una apelación en su nombre con su permiso por escrito. Usted o su representante deben presentar una apelación dentro de los 60 días a partir de la fecha de la carta de notificación. No se pueden tomar represalias contra usted o su proveedor por presentar una apelación. Esto significa que UnitedHealthcare Community Plan no se molestará con usted ni con su proveedor ni intentará ponerse en contacto con ninguno de ustedes por presentar una apelación.

Envíe su apelación por escrito a:

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

Cuando UnitedHealthcare Community Plan reciba su apelación, le enviaremos una carta informándole que la recibimos. Si desea continuar sus servicios durante el proceso de apelación, debe informarnos a más tardar 10 días calendario a partir de la fecha de la carta de aviso de determinación adversa de beneficios. Si AHCCCS o DDD están de acuerdo con la decisión de UnitedHealthcare Community Plan, es posible usted que deba pagar por estos servicios.

UnitedHealthcare Community Plan hará todo lo posible para investigar su apelación dentro de 30 días calendario. Si su doctor o UnitedHealthcare Community Plan considera que su apelación debe revisarse más rápidamente debido a la gravedad de su afección, recibirá una decisión sobre su apelación dentro de 72 horas. También puede solicitar una decisión más rápida. Esto se conoce como una apelación acelerada. Si su apelación no necesita ser revisada rápidamente, intentaremos llamarlo y dentro de 2 días calendario y le enviaremos una carta informándole que su apelación será revisada dentro de los 30 días calendario. La carta explicará cómo presentar una queja si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomar más tiempo.

El proceso de apelación puede demorar hasta 14 días calendario más si solicita más tiempo para enviar información o UnitedHealthcare Community Plan necesita obtener información adicional de otras fuentes. Si necesitamos información adicional, lo llamaremos y le enviaremos una carta dentro de los 2 días calendario. La carta explicará cómo presentar una queja si no está de acuerdo con que nosotros tomemos más tiempo.

Cuando UnitedHealthcare Community Plan decida su apelación, le enviaremos una carta de Aviso de resolución de apelación. Esta carta le informará el motivo de la decisión. Si UnitedHealthcare Community Plan decide que no debe recibir el servicio denegado, la carta también le informará cómo solicitar una Audiencia imparcial estatal y, si estaba recibiendo beneficios, su derecho a que sus beneficios continúen durante su audiencia imparcial estatal y cómo para hacerlo.

No se puede tomar represalias contra usted o su proveedor por presentar una apelación acelerada. Esto significa que UnitedHealthcare Community Plan no se molestará con usted ni con su proveedor ni intentará ponerse en contacto con ninguno de ustedes por presentar una apelación acelerada. cómo para hacerlo.

Audiencia Imparcial del Estado

Si no está de acuerdo con la decisión de UnitedHealthcare Community Plan sobre su apelación, puede solicitar una Audiencia estatal imparcial. Su solicitud de Audiencia imparcial estatal debe ser por escrito y recibida dentro de los 120 días calendario a partir de la fecha en que recibe la carta de resolución de la apelación.

AHCCCS le enviará información sobre cómo se manejará su Audiencia imparcial estatal. La Administración de AHCCCS decidirá si la decisión de UnitedHealthcare Community Plan fue correcta. Si AHCCCS decide que la decisión de UnitedHealthcare Community Plan fue correcta, es posible que deba pagar los servicios que recibió durante la Audiencia estatal imparcial. Si AHCCCS decide que la decisión de UnitedHealthcare Community Plan no fue correcta, UnitedHealthcare Community Plan autorizará y pagará los servicios de inmediato.

Apelaciones para la determinación de SMI y otras razones para SMI

Una seria enfermedad mental (SMI) es un desorden mental en personas de 17 años y medio o mayores severo y persistente. La Red de Respuesta a las Crisis (CRN), un proveedor bajo contrato con AHCCCS, 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 Non-Title XIX/XXI.*
- 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, origen étnico, origen nacional, religión, sexo, edad, condición de salud conductual (intelectual) o discapacidad física, preferencia sexual, información genética o capacidad de pago.
- 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.**

Manual para Miembros de Cuidados de Largo Plazo

- 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 45 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.

Vacunaciones (inyecciones)

Las vacunas (inyecciones) pueden evitar que usted y su hijo se enfermen en el futuro. Hable con el PCP de su hijo sobre las vacunas que se necesitan y cuándo son necesarias. El mejor lugar para que los niños obtengan sus vacunas es el consultorio de su PCP. Debe seguir un horario de vacunación y tenerlo ese horario actualizado cuando visite al doctor de su hijo.

Estos son los elementos esenciales que debe conocer sobre cada una de estas vacunas.

DTaP protege contra la difteria, el tétanos y la tosferina (tos ferina). Requiere cinco dosis durante la infancia y la niñez. Las revacunaciones de DTaP se administran durante la adolescencia y la edad adulta.

HepA protege contra la hepatitis A. Se administra en una serie de dos dosis entre 1 y 2 años.

HepB protege contra la hepatitis B (infección del hígado). La administración de la HepB consiste en una serie de tres vacunas. La primera vacuna se administra en el momento del nacimiento.

Hib protege contra *Haemophilus influenzae* tipo B. Esta infección solía ser una de las principales causas de meningitis bacteriana. La vacuna Hib se administra en tres o cuatro dosis.

La vacuna HPV protege contra los cánceres causados por el virus del papiloma humano. Los niños de 11 o 12 años de edad deben recibir dos vacunaciones HPV, con una diferencia de seis a 12 meses.

La influenza (gripe) protege contra la gripe. Esta es una vacuna estacional que se administra anualmente. Se pueden administrar vacunas contra la gripe a su hijo cada año, a partir de los 6 meses. La temporada de gripe puede ocurrir de septiembre a mayo.

IPV protege contra la polio y se administra en cuatro dosis.

La vacuna meningococo protege en contra de las bacterias que causan la enfermedad meningocócica. Los niños deben recibir esta vacuna a los 11 o 12 años de edad.

MMR protege contra el sarampión, las paperas y la rubéola (sarampión alemán). MMR se administra en dos dosis. La primera dosis se recomienda para bebés entre 12 y 15 meses. La segunda dosis generalmente se administra entre las edades de 4 y 6 años. Sin embargo, puede administrarse tan pronto como 28 días después de la primera dosis.

PCV protege contra la enfermedad neumocócica, que incluye la neumonía. PCV se administra en una serie de cuatro dosis.

RV protege contra el rotavirus, una causa importante de diarrea. La RV se administra en dos o tres dosis, dependiendo de la vacuna utilizada.

La vacuna Tdap protege a su hijo en contra de la difteria, el tétano y la tosferina. Los niños deben recibir esta vacuna a los 11 o 12 años de edad.

Varicela protege contra la varicela. La varicela se recomienda para todos los niños sanos. Se administra en dos dosis.

Cuidados para adultos

Cuando obtiene cuidados de manera temprana, le ayudará a su doctor a diagnosticar y tratar los problemas de salud y a mantenerlo saludable. Siga el horario abajo anotado para recibir sus cuidados de salud. Su PCP también le dará consejos acerca de cómo mantenerse sano, de cómo alimentarse sanamente y acerca de cómo hacer ejercicio de manera regular.

Manual para Miembros de Cuidados de Largo Plazo

Horario de cuidados para adulto

Tipo de servicio	21 – 64 años de edad	65 o más años de edad
Revisión de la presión sanguínea	Cada año – (pruebas adicionales basadas en su historia clínica)	Cada – año (pruebas adicionales basadas en su historia clínica)
Examen de los pechos	Cada año	Cada año
Prueba del colesterol	Una vez (pruebas adicionales basadas en su historia clínica)	Basadas en su historia clínica
Cáncer colono-rectal	Cada año desde los 50 años	Cada año
Vacuna contra la gripe	Cada año	Cada año
Educación acerca de la salud	En cada consulta	En cada consulta
Prueba para el VIH	Pregunte al doctor si tiene riesgo	Pregunte al doctor si tiene riesgo
Inmunizaciones (vacunas)	Pregunte al doctor si tiene riesgo	Pregunte al doctor si tiene riesgo
Mamografía	Cada año después de los 40 años o basado en la necesidad médica	Cada año
Papanicolaou	Cada año para mujeres de la edad reproductiva	Consulte a su PCP o ginecólogo
Examen físico (sin ropa)	Cada año	Cada año
Vacuna contra la neumonía		Una vez en o después de los 65 años
Examen de próstata	Cada año después de los 50 años (pruebas adicionales basadas en su historia de salud)	Cada año

Tipo de servicio	21 – 64 años de edad	65 o más años de edad
Pruebas para enfermedades sexualmente transmitidas	Al menos una vez durante el embarazo (pruebas adicionales basadas en su historial de salud)	Pregunte al doctor si tiene riesgo
Tdap (tétanos/difteria/pertusis acelular)	Cada 10 años	Cada 10 años
Exámenes de testículos	Cada 2 años desde los 18 – 39 años	No es requerido
Pruebas para la tuberculosis	Una vez (pruebas adicionales basadas en su historia clínica)	Pregunte al doctor si tiene riesgo

Esas son guías generales. Su PCP puede querer que usted obtenga estos servicios con más o menos frecuencia.

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:

<https://www.azag.gov/seniors/life-care-planning>

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.

Manual para Miembros de Cuidados de Largo Plazo

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.
- Ocasionarle daño 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.

Información de apoyo para miembros y miembros de la familia y recursos comunitarios y la Oficina de Asuntos Individuales y Familiares (OIFA) Defensa/enlaces/coordinación de miembros

UnitedHealthcare Community Plan apoya a nuestros miembros al contar con enlaces para miembros y la Oficina de Asuntos Individuales y Familiares para apoyar las necesidades de los miembros donde se encuentran disponibles recursos comunitarios únicos. Puede comunicarse con estos enlaces enviando un correo electrónico a advocate.oifa@uhc.com o llamando a Servicios para Miembros al 1-800-348-4058. A continuación se enumeran ejemplos de estos apoyos:

Enlace de miembros adultos para el comportamiento — Un enlace de miembros con experiencia en salud conductual de adultos trabaja con miembros adultos con necesidades especiales de atención médica, sus familias, enlaces de miembros y otros dentro de la comunidad. El enlace de miembros adultos para el comportamiento ayudará a los miembros a navegar entre sus necesidades físicas, de salud conductual y sociales. Ellos se asegurarán de que la solicitud, las quejas y las inquietudes se aborden y se haga un seguimiento hasta su finalización para el miembro.

Enlace de miembros de comportamiento infantil y familiar — Un enlace de miembros con experiencia en salud conductual infantil que trabaja con niños con necesidades especiales de atención médica, sus familias, enlaces de miembros y otros dentro de la comunidad. El enlace de miembros del comportamiento del niño y la familia ayudará a los miembros/padres/tutores a navegar entre las necesidades sociales, de salud conductual y físicas de su hijo. Ellos se asegurarán de que las solicitudes, quejas e inquietudes sean atendidas y seguidas hasta su finalización para el miembro/padre(s)/tutor(es).

Coordinador de la corte — Un único punto de contacto para obtener información específica a la disposición de la corte para los miembros elegibles (por ejemplo, Tribunal de Drogas, Tribunal de Salud Mental, Procedimientos Penales), coordinación de la evaluación y el tratamiento ordenados por el tribunal, y que ayuda a garantizar el seguimiento relacionado con el tribunal.

Enlace de CRS — Su único punto de contacto para miembros con una designación de CRS. Esta persona trabaja con los miembros asignados a la Clínica interdisciplinaria de especialidades múltiples (MSIC) para ayudar a los miembros/padres/tutores a navegar entre las necesidades físicas, de atención especializada, de salud conductual y sociales de su hijo. Ellos se asegurarán de que la solicitud, las quejas y las inquietudes se aborden y se haga un seguimiento hasta su finalización para el miembro/padre(s)/tutor(es). Para obtener más información, envíe un correo electrónico a CRS_SpecialNeeds@UHC.com.

Enlace con el sistema judicial — Su único punto de contacto para comunicarse con el sistema judicial; Esta persona trabaja con el Departamento Correccional de Arizona (ADOC), las cárceles del condado, la Oficina del Sheriff, los Servicios de Salud Correccional, el Departamento Correccional de Menores de Arizona (ADJC), la Oficina de los Tribunales de Arizona (AOC) y los Departamentos de Libertad Condicional.

Coordinador de tribu — Coordina la atención y el servicio para los miembros indígenas estadounidenses con las naciones tribales y los proveedores tribales, promoviendo servicios y programas para mejorar la salud de los miembros indígenas estadounidenses. El Coordinador de tribu ayuda a asegurar que las solicitudes, quejas e inquietudes de los miembros indígenas estadounidenses se aborden y se realicen un seguimiento hasta su finalización.

Defensor de veteranos (Veteran Advocate) — El defensor de veteranos tiene experiencia en trabajar con veteranos y familiares de veteranos, defensores y proveedores. El defensor brinda educación y apoyo a nuestros veteranos para ayudarlos a través del sistema de salud a garantizar que se satisfagan sus necesidades médicas. Además, brindan asistencia a las necesidades de los miembros, como empleo y vivienda. Su objetivo es brindar apoyo personalizado a nuestros miembros veteranos. Para obtener más información, envíe un correo electrónico al Veteran Advocate a milvet_advocate@uhc.com.

Recursos comunitarios

Oficina de Asuntos Individuales y Familiares de AHCCCS

La Oficina de Asuntos Individuales y Familiares (OIFA) promueve la recuperación, la capacidad de recuperación y el bienestar de las personas con problemas de salud mental y uso de sustancias.

<https://www.azahcccs.gov/AHCCCS/HealthcareAdvocacy/OIFA.html>

OIFA Organizaciones dirigidas por pares y familiares

Las organizaciones dirigidas por pares son proveedores de servicios que son propiedad, operados y administrados por personas con experiencias vividas de trastornos de salud mental y/o por el uso de sustancias.

Estas organizaciones se basan en la comunidad y brindan servicios de apoyo. Estas son algunas de las cosas que puede encontrar en una organización dirigida por pares:

- Soporte entre pares 1 a 1.
- Grupos de apoyo diarios.
- Encuentros sociales.
- Comidas.
- Programas de empleo.
- Oportunidades para aprender.
- Programas de salud y ejercicio.
- Artes creativas.
- Recursos.
- Defensa para los miembros.
- Oportunidades para voluntarios.
- Programas para jóvenes y adultos jóvenes.
- Conocer gente nueva.
- Desarrollo personal y empoderamiento.
- Horario extendido y/o fines de semana.

<https://www.azahcccs.gov/AHCCCS/Downloads/PeerRunOrganizationsFlyer.pdf>

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.

Teléfono: 2-1-1 dentro de Arizona o 1-800-367-8939 TDD

<https://211arizona.org/>

Arizona Alzheimer's Association

<http://www.alz.org/dsw/>

o por teléfono: 1-800-272-3900 para la línea de ayuda las 24 horas de la Asociación de Alzheimer

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

TTY/TDD: 602-279-7270

Línea directa del Departamento de Servicios para la Salud de Arizona (ADHS) acerca de lactancia las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Obtenga respuestas a sus preguntas acerca de la lactancia las 24 horas del día llamando a la línea directa de lactancia materna al 1-800-833-4642 o visitando www.gobreastmilk.org.

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

AzEIP

El Programa de Intervención Temprana de Arizona (Arizona Early Intervention Program – AzEIP) es un sistema estatal de apoyos y servicios para familias y niños desde el nacimiento hasta los 3 años, con discapacidades o retrasos en el desarrollo. Para obtener más información sobre AzEIP, llame al 602-532-9960, llame gratis al 1-888-439-5609 o visite el sitio en internet en des.az.gov/services/disabilities/developmental-infant. Si UnitedHealthcare Community Plan proporciona servicios AzEIP, llame al 1-800-293-3740 o visite el sitio en internet en UHCommunityPlan.com.

Manual para Miembros de Cuidados de Largo Plazo

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 www.azlinks.gov.

AZ Coalición de Prevención del Suicidio (AZ Suicide Prevention Coalition)

Para cambiar las condiciones que resultan en actos suicidas en Arizona a través del conocimiento, la intervención y la acción.

<http://www.azspc.org>

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)

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 8:30 a.m. a 8:00 p.m. hora estándar del este de lunes a viernes.

O bien, puede escribir a la siguiente dirección:

American Diabetes Association

ATTN: National Call Center

1701 North Beauregard Street

Alexandria, VA 22311

Dump the Drugs AZ

<https://azdhs.gov/gis/dump-the-drugs-az/>

602-542-1025

Línea de ayuda para bebés intranquilos/del nacimiento a los 5 años (Fussy Baby/Birth to Five)

Se brinda apoyo a los padres que están preocupados por el temperamento o el comportamiento de su bebé.

Línea de ayuda 1-877-705-5437, de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes

www.raisingarizonakids.com/2019/01/birth-to-five-helpline-soothe-fussy-babies

Head Start (Comienzo favorable)

Head Start y Early Head Start son programas que ofrecen servicios de salud, educativos, nutricionales, sociales y de otro tipo a niños y familias de bajos ingresos. Los programas de Head Start crean entornos para el niño de aprendizaje, apoyando el mejoramiento del lenguaje, la lectura y escritura, las matemáticas, la ciencia, el funcionamiento social y emocional, las artes creativas y las habilidades físicas. Para obtener más información sobre el programa Head Start o para encontrar un programa en su área, llame al 1-866-763-6481 o visite los sitios web de Head Start en <http://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/hslc/HeadStartoffices> o <https://www.azheadstart.org/>.

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.

Manual para Miembros de Cuidados de Largo Plazo

Ayuda para dejar de fumar

¿Le gustaría hacer un plan para dejar de fumar? Visite myuhc.com/CommunityPlan para más información sobre su tabaquismo y beneficios del dejar de fumar. También puede obtener apoyo e información de Quit for Life® en quitnow.net o llame al Quit For Life®. Obtenga ayuda gratuita para dejar de fumar (sin cargo).

1-866-784-8454, TTY 711

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

Programas de visitas domiciliarias – Strong Families AZ

Los programas de visitas domiciliarias están disponibles para mujeres embarazadas y familias con niños desde recién nacidos hasta los 5 años. No hay costo y un visitante capacitado en el hogar viene al hogar para ayudar a las familias con educación sobre temas como: Crianza, lactancia materna, empleo y soluciones de cuidado infantil, prevención de abuso/negligencia infantil, desarrollo infantil, salud y bienestar y preparación escolar.

Si vive en el condado de Maricopa y desea obtener más información sobre los programas de visitas domiciliarias, comuníquese con Parents Partners Plus al (602) 633-0732 o complete un formulario de referencia aquí: <https://www.parentpartnersplus.com/contact-us>. Fuera del condado de Maricopa, vaya a <https://strongfamiliesaz.com/programs/> para encontrar información sobre los programas de visitas domiciliarias disponibles en su área.

Niños mentalmente enfermos en problemas (Mentally Ill Kids in Distress – MIKID)

MIKID mejora la salud y el bienestar conductual de niños y jóvenes a través de un enfoque centrado en la familia.

<http://www.mikid.org>

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.namiarizona.org/>

602-244-8166

National Suicide Prevention Lifeline (Línea directa nacional para prevenir el suicidio)

<https://suicidepreventionlifeline.org/>

1-800-273-8255

Teen Lifeline (Línea directa para adolescentes):

<https://teenlifeline.org/>

602-248-8336 (TEEN)

800-248-8336 (TEEN)

Asistencia y referencia en opioides

Los expertos médicos locales ofrecen a los pacientes, proveedores y familiares información, recursos y referencias acerca de los opioides las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Hay servicios de traducción disponibles.

1-888-688-4222

<https://cosancadd.org/opioid-assistance>

Control de Envenenamiento

1-800-222-1222

www.poison.org

Manual para Miembros de Cuidados de Largo Plazo

Apoyo Internacional de Posparto (Postpartum Support International) (Lista de recursos del grupo de AZ)

Línea directa: 1-888-434-6667

www.postpartum.net

Power Me A2Z

Vitaminas gratuitas para mujeres de Arizona entre los 18 a 45 años de edad por el Departamento de Servicios de Salud de Arizona. www.powermea2z.org

Clínicas de tarifa variable

Si un miembro pierde la elegibilidad de AHCCCS, hay clínicas en todo el estado que ofrecen servicios de bajo costo o sin costo alguno. Póngase en contacto con el Departamento de Salud de Arizona para obtener más información.

602-542-1219

<https://azdhs.gov/prevention/health-systems-development/sliding-fee-schedule/index.php>

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; así como bebés y niños de hasta cinco años 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 la 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 East Thomas Road, Suite 108
Phoenix, AZ 85014

Teléfono: 602-264-2255

Línea gratuita: 1-888-783-7500

Fax: 602-230-9132

Línea de ayuda para personas mayores las
24 horas para asuntos urgentes: 602-264-4357

Llamada gratuita: 1-888-783-7500

Para personas con problemas de
audición – Texto 520-775-1899

Condados de Coconino, Yavapai, Apache, y Navajo

<http://nacog.org>

Northern Arizona Council
of Governments (NACOG)

AAA Office:

323 N. San Francisco Street,
Flagstaff, AZ 86001

Teléfono: 928-213-5215

Línea gratuita: 877-521-3500

Fax: 928-774-3850

Condados de Coconino, Yavapai, Apache, y Navajo (continuación)

Central Office:

119 East Aspen Avenue
Flagstaff, AZ 86001

Teléfono: 928-774-1895

Línea gratuita: 1-877-521-3500

Fax: 928-773-1135

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 North 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 West McCartney Road
Casa Grande, AZ 85194-7432

Teléfono: 520-836-2758

Línea gratuita: 1-800-293-9393

Manual para Miembros de Cuidados de Largo Plazo

Condado de Pima

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

Condado de Pima on Aging
8467 East Broadway Boulevard
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
Teléfono: 602-256-2245
Llamada gratuita: 1-800 280-2245

Norte de Arizona — todos los condados:

New Horizons Disability Empowerment Center
9400 East Valley Road
Prescott Valley, AZ 86314
Voz/TTY: 928-772-1266
Sitio web: www.newhorizonsilc.org

Condados de Coconino, Navajo, y Apache:

ASSIST! to Independence
P.O. Box 4133
Tuba City, AZ 86045
Teléfono: 1-928-283-6261

Arizona Center for Disability Law

5025 East Washington Street, Suite 202
Phoenix, AZ 85034
Teléfono: 602-274-6287 (voz o TTY)
1-800-927-2260 (Llamada gratuita)
Fax: 602-274-6779
Sitio web: www.azdisabilitylaw.org

100 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCCommunityPlan.com,
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY **711**.

Apoyo para la salud conductual

National Lifeline for Suicide Prevention and Support

<https://suicidepreventionlifeline.org/>

Llame a National Lifeline for Suicide Prevention and Support de lunes a viernes al 1-480-994-4407 para información y recursos comunitarios fuera del condado de Maricopa llame al 1-800-273-8255 para la prevención de suicidio y a la línea de crisis de salud conductual al 602-222-9444; TTY/TDD 602-274-3360; o sin costo al 800-631-1314; TTY/TDD 800-327-9254.

La dirección postal es:

National Lifeline for Suicide Prevention and Support

5110 North 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.namiarizona.org/>

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/>

602-274-6287 o
1-800-927-2260

Asistencia especial para miembros en que se determina que tengan SMI

La oficina de derechos humanos de AHCCCS ofrece apoyo a las personas que tienen una enfermedad mental grave (SMI) para ayudarlas a comprender, proteger y ejercer sus derechos, a facilitar la autodefensa a través de la educación y a obtener acceso a los servicios de salud conductual dentro del sistema de la salud conductual financiada con fondos públicos en Arizona. Para obtener más información sobre la oficina de derechos humanos y los servicios que se ofrecen a los miembros de SMI, comuníquese con:

www.azahcccs.gov/ahcccs/healthcareadvocacy

Oficina en Phoenix:

701 East Jefferson Street
Phoenix, AZ 85034, MD 9005
Teléfono: 602-364-4585
Línea gratuita: 1-800-421-2124

Oficina en Tucson:

400 West Congress, #118
Tucson, AZ 85701
Teléfono: 520-770-3100
Línea gratuita: 1-877-524-6882

Oficina en Flagstaff:

2717 North Fourth Street, Suite 130
Flagstaff, AZ 86004
Teléfono: 928-214-8231
Línea gratuita: 1-877-744-2250

Los defensores de ALTCS y sistemas de apoyo

Defensor del pueblo para cuidados a largo plazo

Este 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
Teléfono: 602-256-2245

Norte de Arizona — todos los condados:

New Horizons Disability Empowerment Center
9400 East Valley Road
Prescott Valley, AZ 86314
Voz/TTY: 928-772-1266

Condados de Coconino, Navajo, y Apache:

ASSIST! to Independence
P.O. Box 4133
Tuba City, AZ 86045
Teléfono: 1-928-283-6261

Arizona Center for Disability Law

5025 East Washington Street, Suite 202
Phoenix, AZ 85034
Teléfono: 602-274-6287 (voz o TTY)
1-800-927-2260 (Llamada gratuita)
Fax: 602-274-6779
Sitio web: www.azdisabilitylaw.org

Ayuda legal

Condado de Apache

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

Condado de Coconino

DNA People's Legal Services
2323 East 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, Suite 15
Lakeside, AZ 85929
Teléfono: 928-537-8383 / 1-800-658-7958

Condado de Maricopa

Community Legal Services
305 South 2nd Avenue
Phoenix, AZ 85003
Teléfono: 602-258-3434 / 1-800-852-9075

Condado de Mohave

Community Legal Services
2701 East Andy Devine, Suite 400
Kingman, AZ 86401
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
Fax: 928-283-5460

Native American Disability Law Center
Farmington Office
905 W. Apache Street
Farmington, New Mexico 87401
Teléfono: 505-566-5880 / 1-800-862-7271

Condado de Pinal

Southern Arizona Legal Aid
1729 North Trebell Road, Suite 101
Casa Grande, AZ 85122
Teléfono: 520-316-8076 / 1-877-718- 8086

Manual para Miembros de Cuidados de Largo Plazo

Tribu Apache de White Mountain

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

Condado de Yavapai

Community Legal Services
148 North Summit Avenue
Prescott, AZ 86301
Teléfono: 928-445-9240 / 1-800-233-5114

En todo el estado

Arizona Center for Disability Law
3839 North 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 de AZ 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.

Nuevo en beneficios: Descubra cómo funcionan los programas de beneficios por discapacidad y aprenda cómo planificar cambios en el futuro.

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/>

¿Tiene preguntas? Visite UHCCommunityPlan.com, 107
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY 711.

Recursos dentales de la comunidad en Arizona

Clínica/ Organización	Condado	Número de teléfono	Dirección	Sitio web
Adelante Healthcare	Maricopa	1-877-809-5092	306 E Monroe Buckeye, AZ 85326	http://www.adelantehealthcare.com
Adelante Healthcare	Maricopa	1-877-809-5092	1705 W Main St Mesa, AZ 85201	http://www.adelantehealthcare.com
Adelante Healthcare	Maricopa	1-877-809-5092	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	928-645-9675	827 Vista Ave Page, AZ 86040	https://canyonlandschc.org
Canyonlands Community Healthcare	Navajo	928-645-6612	Chilchinbeto Clinic Kayenta, AZ 86033	https://canyonlandschc.org
Canyonlands Community Healthcare (Beaver Dam)	Mohave	928-347-5971	3272 East Rio Virgin Rd Littlefield, AZ 86432	https://canyonlandschc.org
CARE Partnership	Maricopa	480-833-8987	466 S Bellview Mesa, AZ 85204 (llame para cita)	https://www.freeclinics.com
Chandler Family Dental Clinic (MIHS) Chandler	Maricopa	480-344-6109	811 S Hamilton Chandler, AZ 85225	https://www.mihs.org
Clinica Adelante/ Tidwell Care	Maricopa	1-877-809-5092	306 E Monroe Ave Buckeye, AZ 85326	http://www.adelantehealthcare.com

Recursos dentales de la comunidad en Arizona

Clínica/ Organización	Condado	Número de teléfono	Dirección	Sitio web
Coconino County Dept. of Health	Coconino	928-679-7120 877-679-7120	2625 N. King Street Flagstaff, AZ 86004	http://www.coconino.az.gov/health
Donated Dental Services AZ Dental Foundation	480-344-5777 A menudo hay una lista de espera.		3193 N. Drinkwater Blvd. Scottsdale, AZ 85251	http://www.azdentalfoundation.org
Maricopa Integrated Health Systems (Avondale Family Health Center)	Maricopa	623-344-6809	950 E Van Buren St Avondale, AZ 85323	https://www.mihs.org/family-health-center/
Maricopa Integrated Health Systems (Chandler Family Health Center)	Maricopa	480-344-6109	811 South Hamilton Chandler, AZ 85225	https://www.mihs.org/family-health-center/
Maricopa Integrated Health Systems (Comprehensive Healthcare Center)	Maricopa	602-344-1015	2525 E Roosevelt St Phoenix, AZ 85008	https://www.mihs.org/family-health-center/
Maricopa Integrated Health Systems (Glendale Family Health Center)	Maricopa	623-344-6700	5141 W Lamar St Glendale, AZ 85301	https://www.mihs.org/family-health-center/

¿Tiene preguntas? Visite UHCCommunityPlan.com, 109
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY 711.

Recursos dentales de la comunidad en Arizona

Clínica/ Organización	Condado	Número de teléfono	Dirección	Sitio web
Maricopa Integrated Health Systems (McDowell Family Health Center – Specialty HIV)	Maricopa	602-344-8717	1101 N. Central Ave. Phoenix, AZ 85004	https://www.mihs.org/family-health-center/
Maricopa Integrated Health Systems (Mesa Family Health Center)	Maricopa	480-344-6209	59 S Hibbert Mesa, AZ 85210	https://www.mihs.org/family-health-center/
Maricopa Integrated Health Systems (South Central Family Health Center)	Maricopa	602-344-6489	33 W Tamarisk Phoenix, AZ 85041	https://www.mihs.org/family-health-center/
Mesa Community College Dental Hygiene Clinic	Maricopa	480-248-8195	5855 E Still Circle Mesa, AZ 85206	https://www.mesacc.edu/programs/dental-hygiene
Mountain Park Health Center	Maricopa	602-243-7277	635 E Baseline Rd Phoenix, AZ 85042	https://mountainparkhealth.org/
Mountain Park Health Center	Maricopa	602-243-7277	6601 W Thomas Rd Phoenix, AZ 85033	https://mountainparkhealth.org/
Native American Community Health Center	Maricopa	602-279-5262	4041 N Central Ave Phoenix, AZ 85012	http://www.nativehealthphoenix.org/dental-services

110 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCCommunityPlan.com, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY **711**.

Recursos dentales de la comunidad en Arizona

Clínica/ Organización	Condado	Número de teléfono	Dirección	Sitio web
Neighborhood Christian Clinic	Maricopa	602-258-6008	1929 W Fillmore St Bldg C Phoenix, AZ 85009	http://thechristianclinic.org
North Country Healthcare	Coconino	928-522-9400	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 University Dental Hygiene Clinic	Coconino	928-523-3500	NAU 208 Pine Knoll Dr Bldg 66, Rm 215 Flagstaff, AZ 86011	http://nau.edu/CHHS/DDH/Clinic
Phoenix College Dental Hygiene Clinic	Maricopa	602-285-7323	1202 W Thomas Rd Bldg R Phoenix, AZ 85013	https://www.phoenixcollege.edu/community/community-services/dental-clinic
Phoenix Indian Medical Center	Maricopa	602-263-1592	4212 N 16th St Phoenix, AZ 85016	https://www.ihsgov/phoenix/programs/services/dental/
Rio Salado Dental Hygiene Clinic	Maricopa	480-377-4100	2250 W 14th St Tempe, AZ 85281	http://www.riosalado.edu/locations/dh/Pages/default.aspx

¿Tiene preguntas? Visite UHCCommunityPlan.com, 111
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY 711.

Recursos dentales de la comunidad en Arizona

Clínica/ Organización	Condado	Número de teléfono	Dirección	Sitio web
Salt River Health Center	Maricopa	480-946-9066	10005 E Osborn Rd Scottsdale, AZ 85256	https://www.ihs.gov/phoenix/programs/services/dental/
Smiles for Success	1-800-920-2293 Nationwide Los dentistas de AZ que trabajan a través de Smiles for Success restauran las sonrisas de las mujeres gratis. Debe 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 85003	https://www.stvincentdepaul.net/
Sun Life Family Health Center	Pinal	520-381-0381	865 N Arizola Rd Casa Grande, AZ 85122	http://www.sunlife.familyhealth.org
VA Medical Center Dental Clinic (100% disabled)	Maricopa	602-277-5551 ext: 6424	650 E Indian School Rd Phoenix, AZ 85012	http://www.phoenix.va.gov/services/Dental_Service.asp
VA Medical Center Dental Clinic (100% disabled)	Yavapai	928-445-4860 ext: 6177	500 Hwy 89 North Bldg 155, 1st Floor Prescott, AZ 86313	http://www.prescott.va.gov/services/Dental_Service.asp
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
201 East Cottonwood Lane, Suite 2
Casa Grande, AZ 85122
Teléfono: 1-520-421-1500
Número gratuito: 1-888-507-3313
Fax: 602-253-6385

Oficina ALTCS de Globe/Miami
Cobre Valle Plaza
2250 Highway 60, Suite H
Miami, AZ 85539-9700
Teléfono: 1-928-425-3165
Número gratuito: 1-888-425-3165
Fax: 1-928-425-7316

Oficina ALTCS de Chinle
Tseyi Shopping Center, Hwy. 191
P.O. Box 1942
Chinle, AZ 86503
Teléfono: 1-928-674-5439
Número gratuito: 1-888-507-3313
Fax: 602-253-6385

Oficina ALTCS de Kingman
519 East Beale Street, Suite 130
Kingman, AZ 86401
Teléfono: 1-928-753-2828
Número gratuito: 888-507-3313
Fax: 602-253-6385

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 I
Cottonwood, AZ 86326
Teléfono: 1-928-634-8101
Número gratuito: 1-855-873-0393
Fax: 602-253-6385

Oficina ALTCS de Phoenix
801 East Jefferson Street, MD 3900
Phoenix, AZ 85034
Teléfono: 1-602-417-6600
Fax: 1-602-253-6385

Oficina ALTCS de Flagstaff
2717 North Fourth Street, Suite 130
Flagstaff, AZ 86004
Teléfono: 1-928-527-4104
Número gratuito: 1-888-507-3313
Fax: 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, Suite 11
Prescott Valley, AZ 86314
Teléfono: 1-928-778-3968
Número gratuito: 1-888-507-3313
Fax: 602-253-6385

Manual para Miembros de Cuidados de Largo Plazo

Oficina ALTCS de Tucson

1010 North Finance Center Drive
Suite 201
Tucson, AZ 85710
Teléfono: **1-520-205-8600**
Número gratuito: **1-800-824-2656**
Fax: **602-253-6385**

Oficina ALTCS de Yuma

3850 West 16th Street, Suite A
Yuma, AZ 85364
Teléfono: **1-928-782-0776**
Número gratuito: **1-888-507-3313**
Fax: **602-253-6385**

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: solicitud para la revisión de una decisión que niega o limita un servicio.

Copago: Cantidad de dinero que se solicita a un miembro para cubrir un servicio de salud que está cubierto cuando este servicio se le presta.

Equipo médico duradero: Equipo y suministros solicitados por un proveedor de atención médica por razones médicas para un uso repetitivo.

Condición médica de emergencia: Una enfermedad, lesión, síntoma o afección (incluido dolor severo) que una persona razonable podría esperar que si no se recibe atención médica de inmediato:

- Puede poner en peligro la salud de la persona; o
- Puede poner en peligro al bebé de una persona embarazada; o
- Puede causar serios daños a las funciones corporales; o
- Puede causar serios daños a cualquier órgano o parte del organismo de la persona.

Transporte médico de emergencia: Consulte **Servicios de ambulancia en emergencias:** Servicios de ambulancia para emergencias: Transporte por ambulancia por una condición de emergencia.

Cuidados en una sala de emergencias: Los cuidados que se reciben en una sala de emergencias.

Servicios de emergencia: Servicios para dar tratamiento a una condición de emergencia.

Servicios excluidos: Consulte **Exclusiones**.

Exclusiones: Servicios que AHCCCS no cubre. Ejemplos de estos servicios son:

- Por arriba de un cierto límite,
- Experimentales, o
- Que no son médicamente necesarios.

Reclamación: Una queja que el miembro comunica a su plan de salud. No incluye una queja por la decisión de un plan de salud de negar o limitar una solicitud de servicios.

Servicios y dispositivos de habilitación: Consulte **Habilitación**.

Manual para Miembros de Cuidados de Largo Plazo

Habilitación: Servicios que ayudan a una persona a obtener y mantener habilidades y funcionamiento para la vida diaria.

Seguro de salud: Cobertura de los costos de los servicios de atención médica.

Atención médica domiciliaria: Consulte **Servicios de salud en el hogar**.

Servicios de salud en el hogar: Servicios de enfermería, asistencia médica en el hogar y terapia; y suministros médicos, equipos y electro-domésticos que un miembro recibe en el hogar por una orden de un doctor.

Servicios de hospicio: Son servicios que brindan confort y apoyo para un miembro que, en la opinión de un doctor, se encuentra en las últimas etapas (seis meses o menos) de vida.

Cuidados de hospital para paciente ambulatorio: Los cuidados que se reciben en un hospital y que usualmente no requieren de una estadía por la noche.

Hospitalización: Cuando una persona es admitida o permanece en un hospital.

Necesidad médica: Un servicio brindado por un doctor o un profesional de la salud con licencia que ayuda con un problema de salud, detiene la enfermedad, la discapacidad o prolonga la vida.

Red: Doctores, proveedores de atención médica, proveedores en general y hospitales que tienen un contrato con un plan de salud para atender a los miembros.

Proveedor no participante: Consulte **Proveedor fuera de la red**.

Proveedor fuera de la red: Un proveedor de atención médica que tiene un acuerdo como proveedor con AHCCCS pero que no tiene un contrato con su plan de salud. Es posible que usted sea responsable del costo de la atención recibida por proveedores fuera de la red.

Proveedor participante: Consulte **Proveedor dentro de la red**.

Proveedor dentro de la red: Es un proveedor de atención médica que tiene un contrato con su plan de salud.

Servicios médicos: Servicios de atención médica prestados por un médico autorizado.

Plan: Consulte el **Plan de servicio**.

Manual para Miembros de Cuidados de Largo Plazo

Plan de servicio: Una descripción escrita de los servicios de salud cubiertos y otros apoyos que pueden incluir:

- Metas individuales;
- Servicios de apoyo familiar;
- Coordinación de los cuidados de salud; y
- Planeamiento para una mejor calidad de vida del miembro.

Pre-autorización: Consulte **Autorización previa**.

Autorización previa: Aprobación de un plan de salud que puede ser necesario antes de recibir un servicio. Esta no es una promesa de que el plan de salud cubrirá el costo del servicio.

Prima: La cantidad mensual que un miembro paga por un seguro de salud. Un miembro puede tener otros costos de atención que incluyen un deducible, copagos y coseguro.

Cobertura de medicamentos de receta: Son medicamentos recetados y medicamentos pagados por su plan de salud.

Medicamentos de receta: Son medicamentos ordenados por un profesional de la salud y administrados por un farmacéutico.

Doctor de atención primaria: Un doctor que es responsable de administrar y dar tratamiento enfocado en la salud del miembro.

Proveedor de atención primaria (PCP): Una persona que es responsable de la administración de la atención médica del miembro. Un PCP puede ser:

- Una persona autorizada como un doctor alópata u osteópata, o
- Un practicante definido como un asistente de doctor autorizado, o
- Un(a) enfermero(a) certificado(a) practicante.

Proveedor: Una persona o grupo que tiene un acuerdo con AHCCCS para proporcionar servicios a los miembros de AHCCCS.

Servicios y dispositivos de rehabilitación: Consulte **Rehabilitación**.

Rehabilitación: Son servicios que ayudan a una persona a restaurar y mantener las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria que se han perdido o deteriorado.

Atención de enfermería especializada: Son servicios especializados proporcionados en su hogar o en una casa de reposo por enfermeras o terapeutas con licencia.

¿Tiene preguntas? Visite UHCCommunityPlan.com, 117
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY 711.

[Tabla de contenido](#)

Manual para Miembros de Cuidados de Largo Plazo

Especialista: Un doctor que practica un área específica de la medicina o se enfoca en un grupo de pacientes.

Cuidados de urgencia: Atención médica para una enfermedad, lesión o condición lo suficientemente grave como para buscar atención inmediata, pero no lo suficientemente grave como para requerir atención en una sala de emergencia.

Definiciones de los servicios de cuidados de maternidad

Enfermera Partera Certificada (CNM) — Una persona que 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.

Centros de maternidad independientes — Instalaciones fuera de un hospital o obstétricas ambulatorias licenciadas por el ADHS y certificadas por la Comisión para la Acreditación de Centros de Parto Independientes. Estas instalaciones cuentan con personal de enfermería registrada para brindar asistencia con los servicios de parto y nacimiento y están equipadas para administrar el parto y el nacimiento sin complicaciones y de bajo riesgo. Estas instalaciones deben estar afiliadas a un hospital de cuidados intensivos para la administración de complicaciones, en caso de presentarse.

Embarazos de alto riesgo — Se refiere a una condición cuando 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 — Departamento de Servicios de Salud de Arizona (Arizona Department of Health Services – ADHS) para proveer los cuidados de salud de acuerdo a los estatutos A.R.S., Title 36, Chapter 6, Article 7, y A.A.C., R9-16. (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 — Incluyen el diagnóstico de embarazo, los cuidados prenatales, los servicios de parto y nacimiento y los cuidados del pos-parto.

118 **¿Tiene preguntas?** Visite [UHCCommunityPlan.com](https://www.uhccommunityplan.com), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY **711**.

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 15 y 25.

El posparto — El posparto se define como el período que comienza el día del parto y termina el último día del mes hasta el día 57 después del parto.

Cuidados de posparto — 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 la política AMPM 420.

Los servicios de consejería previa a la concepción — La provisión de asistencia y orientación dirigidas a identificar/reducir los riesgos conductuales y sociales, a través de intervenciones preventivas y de manejo, en mujeres en edad reproductiva que son capaces de quedar embarazadas, independientemente de si están planeando concebir. Este asesoramiento se centra en la detección temprana y el tratamiento de los factores de riesgo antes del embarazo e incluye esfuerzos para influir en los comportamientos que pueden afectar al feto antes de la concepción. El objetivo del asesoramiento preconcepcional es garantizar que una mujer esté sana antes del embarazo.

La consejería previa a la concepción se considera incluida en la visita de atención preventiva para mujeres sanas y no incluye pruebas genéticas.

Cuidado prenatal — La provisión de servicios de salud durante el embarazo que se compone de tres componentes principales:

1. Evaluación temprana y continua de los riesgos,
2. Educación y promoción de salud, y
3. Supervisión médica, intervención y seguimiento.



Los servicios por contrato se financian bajo contrato con el Estado de Arizona. 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 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes.

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 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes.

CSAZ20MC4783047_000

120 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCommunityPlan.com,
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY 711.

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 2019.

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 (www.uhccommunityplan.com). Le notificaremos si ocurre una violación 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.

Manual para Miembros de Cuidados de Largo Plazo

- **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. Nosotros cumpliremos con las leyes más estrictas que se apliquen.
 1. Alcohol y abuso de sustancias
 2. Información biométrica
 3. Abuso o negligencia de niños o adultos, incluida la agresión sexual
 4. Enfermedades transmisibles
 5. Información genética
 6. VIH/SIDA
 7. Salud mental
 8. Información de menores
 9. Recetas
 10. Salud reproductiva
 11. Enfermedades de transmisión sexual

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.

Manual para Miembros de Cuidados de Largo Plazo

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).

Manual para Miembros de Cuidados de Largo Plazo

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.** Enviela 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.; Care Improvement Plus South Central Insurance Company; Care Improvement Plus of Texas Insurance Company; Care Improvement Plus Wisconsin Insurance; Health Plan of Nevada, Inc.; Optimum Choice, Inc.; Oxford Health Plans (NJ), Inc.; Physicians Health Choice of Texas LLC; Preferred Care Partners, Inc.; Rocky Mountain Health Maintenance Organization, Inc.; Symphonix Health Insurance, Inc.; UnitedHealthcare Benefits of Texas, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of California, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Texas, L.L.C.; UnitedHealthcare Community Plan, Inc.; UnitedHealthcare Insurance Company; UnitedHealthcare Insurance Company of River Valley; UnitedHealthcare of Alabama, Inc.; UnitedHealthcare of Florida, Inc.; UnitedHealthcare of Kentucky, Ltd.; 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. Esta lista de planes de salud se completa a partir de la fecha de vigencia de este aviso. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, vaya a: www.uhc.com/es/privacy/entities-fn-v2-es o llame al número que figura en su tarjeta de identificación del plan de salud.

¿Tiene preguntas? Visite UHCCommunityPlan.com, 125
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY **711**.

[Tabla de contenido](#)

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 2019.

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: AmeriChoice Health Services, Inc.; CNIC Health Solutions, Inc.; Dental Benefit Providers, Inc.; gethealthinsurance.com Agency, Inc.; Golden Outlook, Inc.; HealthAllies, Inc.; Lifestrip East, Inc.; Lifestrip Health, Inc.; MAMSI Insurance Resources, LLC; Managed Physical Network, Inc.; OneNet PPO, LLC; OptumHealth Care Solutions, Inc.; Optum Women’s and Children’s Health, LLC; OrthoNet, LLC; OrthoNet of the Mid-Atlantic, Inc.; OrthoNet West, LLC; OrthoNet of the South, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; POMCO Network, Inc.; POMCO of Florida, Ltd.; POMCO West, Inc.; POMCO, Inc.; 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; y 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. Esta lista de planes de salud se completa a partir de la fecha de vigencia de este aviso. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, vaya a: www.uhc.com/es/privacy/entities-fn-v2-es o llame al número que figura en su tarjeta de identificación del plan de salud.



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: UHCCommunityPlan.com.

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

UHCCommunityPlan.com

1-800-293-3740, TTY **711**

United
Healthcare
Community Plan

128 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCommunityPlan.com,
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY **711**.

[Tabla de contenido](#)

