



Nebraska



Bienvenido a la comunidad

Manual para los Miembros de Heritage Health

United
Healthcare
Community Plan



Números de teléfono importantes

UnitedHealthcare Community Plan

Servicios para Miembros **llamada gratuita 1-800-641-1902, TTY 711**

Disponible de las 7:00 a.m. a las 7:00 p.m. tiempo del Centro
y de las 6:00 a.m. a las 6:00 p.m. tiempo de las Montañas.

De lunes a viernes con la excepción de días festivos estatales

Fax **1-402-445-5730**

Dirección **2717 North 118th Street, Suite 300, Omaha, NE 68164**

Línea de Enfermeras (NurseLine) **1-877-543-4293, TTY 711**

Emergencias

En caso de una emergencia, llame al **911**

Números de teléfono del estado

ACCESSNebraska **Sin cobrar 1-855-632-7633**

Número local de Lincoln **1-402-473-7000**

Número local de Omaha **1-402-595-1178**

TTY **1-402-471-7256**

Fax **1-402-471-9209**

Heritage Health Enrollment Center **Sin cobrar 1-888-255-2605**

TTY **711**

Sitio en internet **neheritagehealth.com**

Número local de Lincoln **1-402-477-4600**

En internet se ofrece acceso las 24 horas del día a los detalles del plan.

Entre al sitio myuhc.com/CommunityPlan para obtener acceso a su cuenta en internet. Este sitio seguro guarda toda la información acerca de su salud en un solo lugar.

Sus proveedores de atención médica

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Sala de emergencias: _____ Teléfono: _____

Farmacia: _____ Teléfono: _____

Gracias por escoger a UnitedHealthcare Community Plan como su plan de salud

Nos da mucho gusto tenerle a usted como miembro. Usted se ha unido a los millones de miembros que tienen cobertura de salud con UnitedHealthcare Community Plan. Ha tomado la decisión correcta para usted y su familia.

Para ahora, su nueva tarjeta de identificación como miembro de UnitedHealthcare Community Plan (tarjeta de identificación) debe haber llegado por correo. Si usted no la recibió o si hay información incorrecta, llámenos de inmediato al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

Su Manual para Miembros le informa a usted acerca de los servicios para sus cuidados de salud que usted puede obtener y como obtenerlos dentro de nuestro plan. Además le informa a usted que es lo que debe hacer en caso de una emergencia o de otro tipo de problema médico. Por favor, tome su tiempo para revisar en detalle los beneficios y tenga a la mano su Manual para Miembros para cualquier referencia futura.

Después de que usted se familiarice con sus beneficios, es posible que aún necesite de ayuda. Por favor, llámenos al **1-800-641-1902**, TTY **711**, si usted:

- Necesita ayuda para encontrar a un doctor o a un hospital dentro de nuestra red.
- Cambie su dirección, número de teléfono, correo electrónico o si usted se embaraza.
- Necesita de una nueva tarjeta de identificación como miembro O si usted encuentra cualquier error en su tarjeta de identificación como miembro.
- Tiene preguntas acerca de los beneficios o servicios.
- Necesita hablar con su Coordinador Clínico.
- O tiene cualquier otra pregunta.

Heritage Health Adult Expansion es un programa de atención médica a través de la División de Medicaid y Atención a Largo Plazo (MLTC) de Nebraska. Heritage Health Adult Expansion cubre a personas que:

- Se encuentran entre las edades de 19 a 64 años.
- Actualmente no son elegibles para Medicaid.
- No están o no califican para Medicare.
- No están embarazadas cuando solicitan inscripción a Heritage Health Adult Expansion.
- Sus ingresos son iguales o inferiores al 138% del nivel federal de pobreza.

Recuerde, encontrar respuestas para cualquiera de sus preguntas solo necesita ganar acceso a myuhc.com/CommunityPlan o usted puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. tiempo del Centro (CT) o de 6:00 a.m. a 6:00 p.m. tiempo de las montañas (MT).



Tabla de contenido

Servicios de interpretación y asistencia con el idioma	7
Importantes puntos del plan de salud	10
¿Qué es el programa Heritage Health?	10
Información para los miembros de Heritage Health Adult Expansion	10
Inscripción para un miembro de Medicaid Expansion	12
Para empezar	13
Tarjeta de identificación (ID) como miembro	15
Descubra su plan en Internet]	17
Beneficios en un vistazo	19
Su evaluación y revisión de riesgos para la salud	22
Ayuda a los miembros/Actualice su información	22
Farmacia	27
Beneficios de farmacia	27
Medicamentos de receta	29
Medicamentos de venta libre (OTC)	29
Servicios de farmacia restringidos	30
Revisión y Evaluación de riesgos de salud	31
¿Qué es una Revisión de riesgos de salud y una Evaluación de riesgos de salud?	31
Médicamente frágil	32
Cómo obtener cuidados de salud	33
Su Proveedor de Atención Primaria (PCP)	33
Revisiones anuales	35
Guías para el mantenimiento de su salud	35
Exámenes de salud recomendados	36
Para hacer una cita con su PCP	38
Preparación para su cita con su PCP	38
Cómo elegir a su proveedor de tratamiento para la salud mental y el uso de sustancias	39

Cómo obtener cuidados de salud (continuación)

Para hacer una cita con su proveedor de tratamiento para la salud mental y el uso de sustancias	39
Servicios de NurseLine	40
Cobertura de salud Telemental	43
Si usted necesita cuidados de salud y la oficina de su proveedor está cerrada	43
Las referencias y los especialistas	44
¿Qué pasa si necesito ver a un proveedor que no sea mi proveedor de atención primaria de UnitedHealthcare Community Plan?	44
Derecho del miembro para rehusar tratamiento	45
Acreditación de proveedores	45
Plan de incentivos para proveedores	45
Acceso a los cuidados de salud para los Nativos Americanos	45
Obtener una segunda opinión	45
Autorizaciones previas	46
Continuación de los cuidados de salud si su PCP abandona nuestra red	46
Si necesita atención médica cuando está fuera de la ciudad	47
No hay cobertura médica fuera de los Estados Unidos	48
Transporte médico que no es de emergencia	48
Hospitales, centros de salud y emergencias	53
Cuidados de emergencia	53
Servicios de hospital	54
Servicios posteriores de estabilización	54
Cuidados urgentes	55
Beneficios y servicios – Salud física	56
Beneficios cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan	56
Beneficios y servicios no cubiertos	68
Beneficios y servicios – Tratamiento para la salud mental y el uso de sustancias	69
Beneficios de tratamiento para la salud mental y el uso de sustancias cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan	69

Otros beneficios y servicios	78
Administración de cuidados	78
Mejoramiento de la calidad	80
Educación sobre la salud	81
Para un embarazo saludable	82
Beneficios de valor agregado	83
Otros detalles del plan	88
Cuando debe llamarse por teléfono a la división de Medicaid y de Cuidados a Largo Plazo ..	88
Cómo encontrar a un proveedor dentro de la red	88
Directorio de Proveedores	88
Qué hacer si recibe una factura médica	89
Directrices anticipadas	89
Actualización de su información	92
Fraude y abuso	93
Inscripción y membresía	94
Administración de Utilización	95
La seguridad y protección contra la discriminación	95
Guías de la práctica clínica y nuevas tecnologías	96
Trasplantes	96
Terminación de embarazo	97
Crímenes y notificación	97
Encuesta para miembros	98
Su opinión cuenta	98
El Comité Asesor de Miembros	99
Informe de incumplimientos de mercadotecnia	99
Derechos y responsabilidades de los miembros	100
Términos importantes	102
Quejas y apelaciones	105
Forma para Quejas y Apelaciones	111
Aviso de las Prácticas de Privacidad del Plan de Salud	113

Servicios de interpretación y asistencia con el idioma

Si tiene problemas de audición, puede obtener ayuda por teléfono. Llame al Servicio de TTY al TTY 711. Pídeles que llamen a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**. Lo conectarán a nosotros.

Si usted no habla inglés, puede obtener ayuda por teléfono. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**. Ellos pueden dejarle hablar con alguien en su idioma.

Si necesita materiales en otro idioma o formato. Podemos conseguirle los materiales en un idioma o formato que sea más fácil para usted, incluyendo letra grande, Braille o en cintas de audio. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**.

Si quiere más información. Para más detalles sobre TTY, servicios de interpretación y mucho más, visite nuestro sitio web en myuhc.com/CommunityPlan.

English (Inglés):

If you have trouble hearing, you can get help by phone. Call the TTY Service at TTY 711. Ask them to call Member Services at **1-800-641-1902**. They will connect you to us.

If you don't speak English, you can get help by phone. Call Member Services at **1-800-641-1902**. They can let you speak to someone in your language.

If you need materials in another language or format. We can get you materials in a language or format that is easier for you, including large print, Braille or audio tapes. Call Member Services at **1-800-641-1902**.

If you want more information. For further details on TTY, interpretation services and much more, visit our website at myuhc.com/CommunityPlan.

Arabic (العربية):

إذا كانت لديك مشكلات في السمع، فيمكنك الحصول على المساعدة عبر الهاتف. اتصل بخدمة الهاتف النصي على الرقم 711. اطلب منهم الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم **1-800-641-1902**. وسيقومون بتوصيلك إلينا.

إذا كنت لا تتحدث اللغة الإنجليزية، فيمكنك الحصول على مساعدة عبر الهاتف. اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم **1-800-641-1902**. سيجعلونك تتحدث مع شخص بلغتك.

إذا كنت تريد مواد بلغة أخرى أو تنسيق آخر. يمكننا إعطائك مواد بلغة أو تنسيق أسهل بالنسبة لك بما في ذلك الطباعة بالأحرف الكبيرة أو بطريقة برايل أو أشرطة صوتية. اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم **1-800-641-1902**.

إذا كنت تريد مزيداً من المعلومات. لمزيد من التفاصيل حول خدمة الهاتف النصي وخدمات الترجمة الفورية وغيرها، تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني myuhc.com/CommunityPlan.

Vietnamese (Tiếng Việt):

Nếu gặp khó khăn về thính lực, quý vị có thể được giúp đỡ qua điện thoại. Gọi Dịch Vụ TTY theo số TTY 711. Yêu cầu họ gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-641-1902**. Họ sẽ kết nối quý vị đến chúng tôi.

Nếu không nói tiếng Anh, quý vị có thể được giúp đỡ qua điện thoại. Gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-641-1902**. Họ có thể cho quý vị nói chuyện với một người nói được ngôn ngữ của quý vị.

Nếu quý vị cần các tài liệu bằng ngôn ngữ hoặc dạng khác. Chúng tôi có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng ngôn ngữ hoặc dạng nào dễ dàng cho quý vị, kể cả chữ in to, chữ Braille hoặc băng đầu âm. Gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-641-1902**.

Nếu quý vị muốn thêm thông tin. Để biết thêm chi tiết về TTY, dịch vụ thông dịch và nhiều dịch vụ khác, xin truy cập trang web của chúng tôi tại myuhc.com/CommunityPlan.

French (Français):

Si vous avez des difficultés d'audition, nous pouvons vous aider par téléphone. Appelez le service TTY au TTY 711. Demandez à l'opérateur d'appeler le Service membres au **1-800-641-1902**. L'opérateur vous mettra en contact avec nous.

Si vous ne parlez pas anglais, nous pouvons vous aider par téléphone. Appelez le Service membres au **1-800-641-1902**. Le Centre peut vous mettre en contact avec une personne qui parle votre langue.

Si vous avez besoin de documentation dans une autre langue ou un autre format. Nous pouvons vous envoyer de la documentation dans une langue ou un format qui vous soit mieux adapté, y compris en gros caractères d'imprimerie, en Braille ou sous forme de bandes audio. Appelez le Service membres au **1-800-641-1902**.

Si vous voulez obtenir de plus amples renseignements. Pour en savoir plus sur le service TTY, les services d'interprétariat et bien d'autres sujets, consultez notre site Web à l'adresse myuhc.com/CommunityPlan.

Burmese (မြန်မာ):

အကြားအာရုံတွင် ချို့ယွင်းချက်ရှိပါက၊ ဖုန်းဖြင့် အကူအညီ ရယူနိုင်ပါသည်။ TTY ဝန်ဆောင်မှုထံ TTY 711 မှတစ်ဆင့် ဆက်သွယ်ပါ။ အဖွဲ့ဝင် ဝန်ဆောင်မှု **1-800-641-1902** ထံ ခေါ်ဆိုပေးပါရန် အကူအညီတောင်းဆိုပါ။ ၎င်းတို့က သင်နှင့် ကျွန်ုပ်တို့ကိုချိတ်ဆက်ပေးပါမည်။

အင်္ဂလိပ်စကား မပြောပါက၊ ဖုန်းဖြင့် အကူအညီ ရနိုင်ပါသည်။ အဖွဲ့ဝင် ဝန်ဆောင်မှု **1-800-641-1902** ထံ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။ ထို့နောက်တွင် သင့်ဘာသာစကားပြောသူနှင့် စကားပြောနိုင်ပါသည်။

အခြား ဘာသာစကား သို့မဟုတ် ပုံစံဖြင့် အချက်အလက်များ လိုအပ်ပါ။ ပုံနှိပ်စာလုံးကြီး၊ မျက်မမြင်စာ သို့မဟုတ် အသံတိတ်ခွေများ အပါအဝင် သင့်အတွက် လွယ်ကူသည့် ဘာသာစကား သို့မဟုတ် ပုံစံဖြင့် အချက်အလက်များ ရယူနိုင်ပါသည်။ အဖွဲ့ဝင် ဝန်ဆောင်မှု ထံ **1-800-641-1902** ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

နောက်ထပ် အချက်အလက် လိုအပ်ပါက၊ TTY၊ စကားပြန် ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် အခြားအရာများဆိုင်ရာ အသေးစိတ်အချက်များအတွက်၊ ကျွန်ုပ်တို့၏ ဝဘ်ဆိုက် myuhc.com/CommunityPlan သို့ ဝင်ကြည့်ပါ။

Importantes puntos del plan de salud

¿Qué es el programa Heritage Health?

El programa Heritage Health es un programa de atención médica administrada de Medicaid a través de la División de Medicaid y Atención Médica a Largo Plazo (Nebraska Division of Medicaid and Long-Term Care – MLTC) de Nebraska. UnitedHealthcare Community Plan fue aprobado por MLTC para proporcionar los servicios de cuidados de salud y coordinación de atención médica. Nuestro objetivo es ayudarle a mejorar su calidad de atención médica y calidad de vida.

Información para los miembros de Heritage Health Adult Expansion

Razones por las cuáles usted puede ser elegible como miembro de Heritage Health Adult Expansion

Usted es elegible para Heritage Health Adult Expansion si se encuentra entre los 19 y 64 años de edad y llena las siguientes categorías:

- Aún no es elegible para la cobertura de Medicare,
- Aún no es elegible para la cobertura de Medicaid a través de un grupo de cobertura obligatorio (por ejemplo, está embarazada o discapacitada), y
- Sus ingresos no exceden el 138% del Límite federal de pobreza (FPL).

La elegibilidad para Medicaid está determinada por Nebraska Medicaid y la atención a largo plazo. Comuníquese con ACCESSNebraska para preguntas de elegibilidad al 1-855-632-7633 o visite ACCESSNebraska.ne.gov.

El programa Heritage Health Adult Expansion incluirá:

Cobertura básica

Un paquete integral de beneficios que incluye servicios ambulatorios, servicios de emergencia, hospitalización, atención de maternidad y recién nacido, servicios de salud mental y trastornos por el uso de sustancias, medicamentos recetados, servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación, servicios de laboratorio, prevención, bienestar y manejo de enfermedades crónicas y otros servicios, tales como atención médica a largo plazo, transporte médico que no sea de emergencia y equipo médico duradero.

Cobertura Prime

Cobertura que incluye, además de la cobertura básica, servicios dentales (Programa de servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos) y de la visión y medicamentos de venta libre para los residentes de Nebraska que sean elegibles y que se encuentren entre los 19 o 20 años de edad, estén embarazadas o sean pacientes médicamente delicados.

Medicamento frágiles

Los miembros que Nebraska Medicaid determina como pacientes médicamente delicados serán inscritos en el programa Heritage Health Adult Expansion bajo cobertura Prime.

Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (Early and Periodic Screening, Diagnostics and Treatment – EPSDT)

Los miembros que tengan entre 19 y 20 años se inscribirán en el programa Prime Health Benefit Tier de Heritage Health Adult Expansion. El programa EPSDT es un beneficio de Medicaid exigido por el gobierno federal que brinda servicios de atención médica integral y preventiva para jóvenes menores de 21 años. EPSDT enfatiza la atención médica preventiva y completa. Es importante que los adultos jóvenes reciban todos los servicios preventivos sugeridos y cualquier tratamiento médico necesario para ayudar a un crecimiento saludable.

Los miembros hasta la edad de 21 años deben recibir chequeos de bienestar regulares de su salud física y mental, crecimiento, desarrollo y estado de la dieta. Un chequeo de bienestar incluye:

- Una historia completa de la salud y el crecimiento, incluyendo evaluaciones de desarrollo de salud física y mental;
- Examen físico;
- Vacunaciones apropiadas para la edad;
- Pruebas para la visión y la audición;
- Examen dental;
- Pruebas de laboratorio, incluyendo las evaluaciones del nivel de plomo en la sangre a ciertas edades; y
- Educación acerca de la salud.

Inscripción para un miembro de Medicaid Expansion

Dentro de los primeros tres meses posteriores a su inscripción en UnitedHealthcare Community Plan, un representante del plan de salud se comunicará por teléfono, por correo o en persona con usted o con su representante autorizado para hacerle algunas preguntas acerca de sus necesidades sociales y de salud.

Si UnitedHealthcare Community Plan no puede comunicarse con usted o si usted se niega a participar por completo en el examen de salud, usted puede no ser elegible para el programa Prime. Usted permanecerá dentro de UnitedHealthcare Community Plan sin importar en cuál programa se encuentre. Si usted prefiere cambiar de plan de salud, puede hacerlo dentro de los primeros 90 días a partir de la fecha de inscripción en el programa Heritage Health Adult Expansion. Para obtener más información acerca de la revisión de salud, consulte la página 31.

Si se considera que usted no llena los criterios como paciente médicamente delicado y no está de acuerdo, tiene el derecho a presentar una queja a la Nebraska Division of Medicaid and Long-Term Care. Consulte la sección **Quejas y apelaciones**, anotados en la página 105.

Usted puede cambiar su plan de salud durante los primeros 90 días de su inscripción en el programa Heritage Health Adult Expansion por cualquier motivo. También usted puede cambiar su plan de salud una vez al año durante el período de abierto por cualquier motivo. La inscripción abierta ocurre cada año entre el 1 de noviembre y el 15 de diciembre con una fecha de inicio de cobertura del 1 de enero. Usted recibirá una carta de Nebraska Medicaid and Long-Term Care durante el período de inscripción abierta con más información.

También usted puede solicitar cambiar su plan de salud en cualquier momento por una “buena causa”, que puede incluir:

- La necesidad de múltiples servicios proporcionados al mismo tiempo, pero que usted no puede acceder a ellos dentro de la red del plan de salud,
- Su residencia o empleo se vería interrumpido como resultado de los cambios en su proveedor de apoyo residencial, institucional o laboral de un proveedor dentro de la red a un proveedor por fuera de la red, y
- Por otras razones determinadas por Medicaid y la Atención a Largo Plazo, incluyendo una mala calidad de atención médica y por falta de acceso a proveedores, servicios y apoyos adecuados, incluyendo la atención médica especializada.

El Centro de Inscripción de Heritage Health maneja las solicitudes para un cambio por “buena causa” y puede responder cualquier pregunta que usted pueda tener. Póngase en contacto con el Centro de inscripción de Heritage Health al 1-888-255-2605.

Para empezar

Este manual contiene información acerca de los beneficios cubiertos para la salud física, mental y el uso de sustancias, así como los servicios de farmacia y más. Además, el manual para miembros es un buen recurso para las revisiones de salud, las cuales incluyen premios como tarjetas de regalos y los servicios de valor añadido para los miembros. Estamos listos para contestar a cualquier pregunta que usted pueda tener. Usted puede encontrar una respuesta a la mayoría de sus preguntas entrando al sitio myuhc.com/CommunityPlan o llamando a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. CT (6:00 a.m. a 6:00 p.m. MT), de lunes a viernes.

Nosotros queremos que usted obtenga de inmediato lo mejor de su plan de salud. Empezee con los siguientes fáciles cinco pasos:

1. Llame a su Proveedor de Atención Primaria (PCP) y haga una cita para una revisión médica anual

Las revisiones regulares son muy importantes para la salud. El número de teléfono de su PCP debe encontrarse anotado en la tarjeta de identificación como miembro que recientemente recibió por correo. Si usted no conoce el número de teléfono de su PCP, o si usted necesita ayuda para hacer una cita para una revisión de salud, llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. CT (6:00 a.m. a 6:00 p.m. MT), de lunes a viernes. Estamos aquí para ayudarle.

2. Complete su evaluación y revisión de los riesgos para la salud

¿Qué es una evaluación de riesgos de salud y determinantes sociales de la evaluación de salud?

Dentro de los tres meses posteriores a su inscripción en UnitedHealthcare Community Plan, un representante de UnitedHealthcare Community Plan se comunicará con usted o con su representante autorizado por teléfono, correo, correo electrónico, mensaje de texto o en persona para hacerle algunas preguntas acerca de sus necesidades sociales y de salud. Estas preguntas forman a lo que se le llama “Evaluación de riesgos de salud”. El formulario de evaluación le preguntará acerca de cualquier afección médica que tenga o haya tenido en el pasado, su capacidad para llevar a cabo actividades del diario y sus condiciones de vida.

Importantes puntos del plan de salud

Sus respuestas ayudarán a UnitedHealthcare Community Plan a comprender sus necesidades, identificar si tiene usted necesidades médicas complejas y determinar cuándo se requiere su revisión de riesgos de salud. UnitedHealthcare Community Plan utilizará sus respuestas para desarrollar su plan de atención (para obtener más información acerca de su plan de atención, lea lo siguiente).

Comuníquese con UnitedHealthcare Community Plan si usted tiene necesidades especiales para poder participar en el examen de salud. Si usted tiene preguntas acerca del examen de salud, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

3. Conozca su plan de salud

Comience con la sección **Importantes puntos del plan de salud** en la página 10 para obtener una descripción general rápida de su nuevo plan. Y asegúrese de tener este manual a mano para futuras referencias.

4. Descubra su plan acudiendo a internet


Entre a myuhc.com/CommunityPlan para inscribirse y tener acceso en internet a su cuenta. Este sitio seguro de internet mantiene toda su información de salud en un solo lugar. Complete su Evaluación de Salud, obtenga respuestas a sus preguntas acerca de los beneficios del plan, conozca quienes son los doctores dentro de nuestra red mucho más. Además de los detalles del plan, este sitio incluye útiles herramientas para ayudarlo. Usted puede imprimir una copia de su tarjeta de identificación como miembro. Inscribese hoy mismo. Vea la página 17.

5. Revise su tarjeta de identificación como miembro

Usted debe haber recibido su tarjeta de identificación como miembro en el correo. La tarjeta tiene impreso el logotipo de UnitedHealthcare Community Plan. Usted debe tener una tarjeta individual para cada uno de los miembros de su familia que se encuentren inscritos con nosotros. Si usted no ha recibido su tarjeta de identificación o si la información impresa no es la correcta, llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**, o visite myuhc.com/CommunityPlan.

Tarjeta de identificación de Medicaid

Heritage Health



 Health Plan/Plan de salud (80840) **911-87726-04**


Member ID/ID del Miembro: **000611162** Group/grupo: **NESHAD**

Member/Miembro: **NEW SPANISH** Payer ID/ID del Pagador: **87726**

Medicaid Number: **99999111562**

PCP Name/Nombre del PCP: **DOUGLAS GETWELL**

PCP Phone/Teléfono del PCP: **(402)559-7200**



Rx Bin: **610494**
 Rx Grp: **ACUNEUB**
 Rx PCN: **4444**

0501 Administered by UnitedHealthcare of the Midlands, Inc.

Nombre de su Proveedor de Atención Primaria Información para el farmacéutico

El número de identificación de su plan
 Su número de identificación como miembro
 Servicios para Miembros

In an emergency go to nearest emergency room or call 911. Printed: 10/30/19

En caso de emergencia, acuda a la sala de emergencia mas cercana o llame el 911. This card does not guarantee coverage. For coordination of care call your PCP. To verify benefits or to find a provider, visit the website uhcommunityplan.com or call.



For fraud and grievances, call 800-641-1902, TTY 711

For Members/Para Miembros: **800-641-1902 TTY 711**

NurseLine/Línea de enfermeras: **877-543-4293**
 Enrollment Broker/Agent de ventas: **888-255-2605**

For Providers: **UHCprovider.com 866-331-2243**
 Claims: **PO Box 31365, Salt Lake City, UT 84131**
 For Pharmacist: **1-877-231-0131**
 Pharmacy Claims: **OptumRX, PO Box 650334, Dallas, TX 75265-0334**

Heritage Health Adult Expansion

 Health Plan/Plan de salud (80840) **911-87726-04**


Member ID/ID del Miembro: **000611164** Group/grupo: **NESHAD**

Member/Miembro: **NEW ENGLISH** Payer ID/ID del Pagador: **87726**

Medicaid Number: **99999111564**

PCP Name/Nombre del PCP: **DOUGLAS GETWELL**

PCP Phone/Teléfono del PCP: **(402)559-7200**



Rx Bin: **610494**
 Rx Grp: **ACUNE**
 Rx PCN: **4444**

0501 Administered by UnitedHealthcare of the Midlands, Inc.

Nombre de su Proveedor de Atención Primaria Información para el farmacéutico

El número de identificación de su plan
 Su número de identificación como miembro
 Servicios para Miembros

In an emergency go to nearest emergency room or call 911. Printed: 06/09/20

En caso de emergencia, acuda a la sala de emergencia mas cercana o llame el 911. This card does not guarantee coverage. For coordination of care call your PCP. To verify benefits or to find a provider, visit the website uhcommunityplan.com or call.

For fraud and grievances, call 800-641-1902, TTY 711

For Members/Para Miembros: **800-641-1902 TTY 711**

NurseLine/Línea de enfermeras: **877-543-4293**
 Enrollment Broker/Agent de ventas: **888-255-2605**

For Providers: **UHCprovider.com 866-331-2243**
 Claims: **PO Box 31365, Salt Lake City, UT 84131**
 For Pharmacist: **1-877-231-0131**
 Pharmacy Claims: **OptumRX, PO Box 650334, Dallas, TX 75265-0334**

Importantes puntos del plan de salud

Su tarjeta de identificación como miembro contiene mucha información que es importante. Le da acceso a sus beneficios cubiertos. Usted debió haber recibido su tarjeta de identificación como miembro dentro de los primeros 10 días después de haberse inscrito a UnitedHealthcare Community Plan. Cada miembro de su familia tendrá su propia tarjeta. Revíselas para asegurarse que la información es correcta. Si hay cualquier error, llame a los Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. CT (6:00 a.m. a 6:00 p.m. MT), de lunes a viernes.

- Lleve consigo la tarjeta de identificación a sus citas.
- Muéstrela cuando le resurtan un medicamento de receta.
- Téngala a la mano cuando llame a Servicios para Miembros; esto nos ayudará a servirle mejor.
- No permita que alguien más use su(s) tarjeta(s). Eso es contra la ley.
- Usted puede tener acceso a su tarjeta empleando la app de UnitedHealthcare Health4Me®, la cual se encuentra disponible para descargarse en las tiendas de App Store o de Google Play.

Muestre ambas tarjetas

Siempre lleve consigo a las citas médicas su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare y su tarjeta azul de Medicaid del Estado a sus citas médicas y a la farmacia. Nunca permita que alguien más emplee su tarjeta de identificación. Como miembro, usted es responsable por la protección de su tarjeta de identificación y el uso incorrecto de la tarjeta, incluyendo si la presta, la vende o se la da a otra persona puede resultar en la pérdida de su elegibilidad para Medicaid y/o acciones legales en su contra. Cuando usted reciba atención médica, siempre muestre ambas tarjetas.

¿Perdió su tarjeta de identificación?

Si usted o algún miembro de su familia pierden su tarjeta, usted puede imprimir una nueva tarjeta en myuhc.com/CommunityPlan. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. CT (6:00 a.m. a 6:00 p.m. MT), de lunes a viernes o visite myuhc.com/CommunityPlan.

Descubra su plan en Internet

Administre la información de sus cuidados de salud las 24 horas del día, los 7 días de la semana en internet en myuhc.com

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, usted está solo a un clic de distancia para poder hacer todos los cambios que desee acerca de sus beneficios de salud. Regístrese en myuhc.com/CommunityPlan. Las herramientas y las nuevas aplicaciones pueden ahorrarle tiempo y ayudarle a mantenerse sano. El uso de este sitio en internet es gratuito.

Buenas razones para usar myuhc.com/CommunityPlan

- Revise sus beneficios.
- Encuentre a un doctor.
- Imprima una tarjeta de identificación.
- Encuentre un hospital.
- Complete la Evaluación de su Salud.
- Mantenga la información acerca de su historia médica.
- Revise el historial de sus reclamaciones.
- Aprenda cómo puede mantenerse sano.

Regístrese el día de hoy en myuhc.com/CommunityPlan

El registrarse es fácil y rápido. ¡Regístrese hoy mismo! Solo necesita acudir a myuhc.com/CommunityPlan. Seleccione “Register” (“Regístrese”) en la página principal. Siga los simples pasos en el menú. Usted está solamente a unos pocos clics para ganar acceso a todo tipo de información. Obtenga más de sus cuidados de salud.

Importantes puntos del plan de salud

UnitedHealthcare Health4Me®

UnitedHealthcare Community Plan tiene un nuevo app. Se llama “Health4Me”. Este app está disponible para tabletas y “smartphones” Apple® o Android®. Health4Me simplifica:

- Encontrar a un doctor, sala de emergencias o un centro de cuidados urgentes cerca de usted.
- Ver su tarjeta de identificación.
- Obtener su Evaluación y revisión de riesgos para la salud.
- Leer su Manual para Miembros.
- Conocer más acerca de sus beneficios.
- Contactar a Servicios para Miembros.

Baje gratuitamente al app Health4Me app hoy mismo. Úselo para contactar a su plan de salud desde cualquier lugar en que se encuentre, en cualquier momento en que así lo desee. Para bajar el app, acuda a la tienda de apps o pase el scanner que lee el cuadro QR desde su smartphone.



Beneficios en un vistazo

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, usted tiene disponible una variedad de beneficios y servicios para los cuidados para la salud. A continuación hay un breve resumen. Usted podrá encontrar la lista completa en la sección de Beneficios en esta manual.

Sin copagos

No hay costos para usted por los beneficios y servicios. Los copagos de Medicare y otros copagos del seguro todavía pueden aplicarse para medicamentos y recetas. Visite myuhc.com/CommunityPlan para conocer más detalles.

Medicamentos/medicamentos de receta

Su plan cubre una amplia lista de medicamentos o de medicamentos de receta. Los medicamentos recetados genéricos no tienen copago. Los medicamentos recetados de marca **no preferidos** pueden tener un copago de \$3. Medicare y otros copagos del seguro pueden aplicarse. Los medicamentos que se encuentran cubiertos están dentro de la Lista de Medicamentos Preferidos en Nebraska. Usted y su doctor usarán esta lista para asegurar que los medicamentos que usted necesita se encuentran cubiertos por el plan. Consulte la página 27.

Cobertura de recetas de venta libre seleccionadas para Heritage Health Adult Expansion

Cobertura Basic de medicamentos recetados: los miembros de Heritage Health Adult Expansion que son elegibles para los beneficios Basic no incluyen ninguna cobertura para medicamentos de venta libre.

Cobertura de medicamentos recetados Prime: los miembros de Heritage Health Adult Expansion que son elegibles para los beneficios Prime incluyen cobertura para medicamentos de venta libre seleccionados.

Pruebas de salud para niños y adultos

Pregunte a su doctor acerca de otras pruebas o revisiones basándose en su sexo y edad. Es importante que su hijo reciba servicios de pruebas para la salud tempranas y periódicas, diagnósticos y tratamientos. Los niños desde su nacimiento hasta los 21 años de edad necesitan los mejores cuidados de salud pediátricos posibles, incluyendo beneficios preventivos para la salud completos.

Salud mental y desórdenes por el uso de sustancias

Obtenga ayuda con sus problemas personales que afectan a usted o a su familia. Esto incluye estrés, depresión, ansiedad, problemas con el juego o por el uso de drogas o alcohol.

Importantes puntos del plan de salud

Servicios de Atención Primaria

Usted tiene cobertura para todas las visitas a su Proveedor de Atención Primaria (PCP). El PCP es el doctor principal con el que consultará para la mayoría de sus cuidados de salud. Esto incluye las revisiones de salud, tratamientos para sus preocupaciones por la salud y las pruebas médicas.

Una amplia red de proveedores

Usted puede escoger a un PCP de nuestra amplia red de proveedores. Nuestra red también incluye especialistas, hospitales y farmacias — dándole muchas opciones para los cuidados para la salud. Encuentre la lista completa de nuestros proveedores en la red, acudiendo al sitio en internet myuhc.com/CommunityPlan o llame al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

Revisiones de salud/Visitas anuales de salud

Manténgase en buena salud con revisiones de salud en forma regular. Como nuevo miembro, los servicios como las revisiones de salud anuales se encuentran disponibles. Teniendo cuidado con su salud el día de hoy puede hacer que los pequeños problemas no se conviertan en problemas graves conforme el tiempo pase. Haga una cita para ver a su PCP hoy mismo. Asegúrese de completar una visita anual de salud cada año.

Vacunaciones

Las vacunas en contra de la gripe o influenza se recomiendan para todos los miembros. Su doctor le ayudará a mantenerse al día con otras vacunas apropiadas para su edad.

NurseLine (Línea de enfermeras)

La Línea de enfermeras le provee acceso por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana con enfermeras registradas con mucha experiencia. Estas enfermeras le pueden dar información, ayuda y educación para cualquier pregunta o preocupación que usted tenga relacionada a cuestiones de salud. Servicios de interpretación se encuentran disponibles. Llame a la Línea de Enfermeras al 1-877-543-4293, TTY 711.

Cuidados de maternidad y del embarazo

Usted tiene acceso a un programa prenatal llamado Healthy First Steps. Usted está cubierta para las visitas al doctor, incluyendo análisis de orina antes y después del nacimiento del bebé. Llame a Servicios para Miembros para conocer más acerca de nuestros programas de maternidad.

Planeación familiar

Usted está cubierta por servicios que le ayudarán a manejar la planeación de sus embarazos. Esto incluye medicamentos anticonceptivos y otros procedimientos.

Servicios de especialistas

Su cobertura incluye servicios de especialistas. Los especialistas son doctores o enfermeras que están especialmente entrenados para dar tratamientos a ciertas condiciones médicas. Consulte la página 44.

Cuidados de urgencia

Usted está cubierto para los cuidados de urgencia. Si usted necesita cuidados médicos de inmediato y su PCP no se encuentra disponible, acuda a un centro de cuidados urgentes que se encuentre dentro de nuestra red. Recuerde siempre tener citas de seguimiento con su PCP después de haber visitado un centro de cuidados urgentes.

Servicios de hospital

Usted se encuentra cubierto para sus estadías en hospital y para los servicios de paciente ambulante (servicios que obtiene en un hospital sin quedar hospitalizado).

Servicios de emergencia

Acuda a una sala de emergencias solamente si usted tiene una emergencia. Las salas de emergencias NO deben generalmente visitarse para problemas como la gripe, dolores de garganta o infecciones de los oídos. Si usted tiene cualquier pregunta, consulte con su PCP. Usted también puede llamar a la Línea de Enfermeras en donde se le asistirá con cualquier pregunta médica que usted tenga.

Servicios de laboratorio

Los servicios que se cubren incluyen pruebas de laboratorio y rayos-X para ayudar a conocer el diagnóstico de su enfermedad.

Visitas de bienestar para niños

Su plan cubre todas las consultas de bienestar para niños y vacunaciones.

Cuidados de la visión

Sus beneficios de la visión incluyen exámenes de la visión de rutina y anteojos. Encuentre la lista completa de proveedores en myuhc.com/CommunityPlan o llame al **1-800-641-1902**, TTY **711**. Consulte la página 67 para obtener más información acerca de sus beneficios para la visión. Solo los miembros del programa Prime de Heritage Health Adult Expansion recibirán el beneficio de cuidados de la visión.

Importantes puntos del plan de salud

Servicios de audición

Los servicios de audición incluyen pruebas, revisiones y aparatos para la audición (para miembros que sean elegibles).

Transporte médico que no es de emergencia (NEMT)

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, el transporte médico está disponible para algunos cuidados médicos. Para más detalles, vea la página 48.

Evaluación y revisión de riesgos para la salud

Una Evaluación de su salud es una encuesta fácil y rápida en la cual se le hacen simples preguntas acerca de su estilo de vida y de su salud. Esto nos ayudará a tratar de conectarle con los múltiples beneficios y servicios disponibles para usted.

Un representante de UnitedHealthcare se comunicará con usted para completar la revisión.

Ayuda a los miembros

Nosotros queremos que usted obtenga lo más que se pueda de su plan de salud y que sea de la manera más simple. Y si usted tiene cualquier pregunta, hay muchos sitios en donde podrá obtener respuesta. Si su dirección o número de teléfono cambian, llame a Servicios para Miembros para actualizar su información.

Un sitio en internet le ofrece acceso a los detalles acerca del plan las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Acuda a myuhc.com/CommunityPlan para inscribirse para tener acceso por internet a su cuenta. En este seguro sitio de internet se guarda, en un solo sitio, toda la información acerca de su salud. Además de los detalles del plan, el sitio incluye herramientas útiles que pueden ayudarle:

- Encontrar a un proveedor, un hospital o a una farmacia.
- Obtenga detalles de los beneficios.
- Descargar un Manual para Miembros actualizado.
- Imprimir una tarjeta nueva de identificación como miembro.
- Suscríbese a programas incentivos.

Conéctese

Nosotros hacemos más fácil la información que usted quiere y necesita.

- **Descargue la app móvil Health4Me® de UnitedHealthcare.** Diseñada para personas que están en movimiento e incluye las mismas características que las que están en el sitio de internet para miembros. Encuentre esta app en las tiendas de App Store o Google Play.
- **Signos en Facebook en facebook.com/UnitedHealthcareCommunityPlan.** Manténgase al corriente en eventos locales y en las noticias del plan.

Servicios para Miembros

Cuando llame a Servicios para Miembros, se le conectará con un **Defensor especializado**. Ellos le ayudarán a obtener lo máximo de su plan de salud. Por ejemplo:

- Su Defensor está equipado para responder a sus preguntas sobre los beneficios y resolver problemas.
- Ayuda cuando necesita obtener un reemplazo a su tarjeta de identificación como miembro.
- Ayuda para encontrar a un doctor o a una clínica de cuidados urgentes.
- Ayuda para programar una cita con su doctor.
- Conexión directa a los servicios le tienen disponibles, incluyendo servicios de interpretación.

Llame al **1-800-641-1902**, TTY **711**, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. CT (6:00 a.m. a 6:00 p.m. MT), de lunes a viernes.

Nuestras oficinas están cerradas durante los días feriados: Año Nuevo, día de Martin Luther King, Jr., Día de los Caídos, Día de la Independencia, Día del Trabajo, Día de Acción de Gracias, Día después del día de Gracias y Día de Navidad.

Importantes puntos del plan de salud

Teléfono celular gratis

Los miembros elegibles pueden obtener asistencia médica con el servicio de telefonía móvil **sin costo** para usted de proveedores de servicios Lifeline seleccionados.

¡Queremos ayudarlo a mantenerse conectado! Como miembro o tutor de un miembro de UnitedHealthcare Community Plan, puede obtener asistencia médica en su teléfono móvil **sin costo** alguno cuando califica para el servicio de teléfono móvil de proveedores de servicios Lifeline seleccionados, sin costo para usted, bajo el programa federal de Asistencia Lifeline.

¡Regístrese ahora mismo!

Llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**, para obtener ayuda.

Programa para la Administración de Cuidados de Salud

Si usted padece de una condición crónica de salud, como el asma o la diabetes o tiene un embarazo de alto riesgo, usted podría beneficiarse con nuestro programa para la Administración de Cuidados de Salud. Nosotros podremos ayudarle en un cierto número de cosas, tales como para hacer una cita con un doctor y para mantener informados a todos sus proveedores acerca de los cuidados de salud que recibe. Para conocer más, llame al **1-800-641-1902**, TTY **711**, para obtener ayuda.

Healthify — un servicio comunitario de recursos y apoyo

Estamos aquí para ayudarle. Un representante de UnitedHealthcare puede referirlo a los servicios que más necesita. Nuestro personal utiliza Healthify, una aplicación basada en la web que incluye más de 2,500 servicios en Nebraska, para identificar la mejor opción para sus necesidades dentro de la distancia más cercana a su hogar. Los servicios incluyen asistencia para vivienda, alimentación, educación en salud y grupos de apoyo, capacitación laboral, artículos para el hogar, apoyo legal, actividades fuera de la escuela y más. Elegible para todos los miembros.

Hablamos su idioma

Si usted habla un idioma que no sea inglés, podemos proporcionar materiales impresos traducidos o podemos proporcionarle un intérprete para ayudarle a traducir los materiales enviados. También puede obtener este manual en otros formatos, tales como Braille o impresiones con letras más grandes. Encontrará más información acerca de servicios de interpretación y asistencia lingüística en la sección “Otros Detalles del Plan”. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

Renueve sus beneficios de Medicaid

Si la oficina de Medicaid de su estado se comunica con usted porque es hora de renovar la elegibilidad para su Beneficio de Medicaid del estado, simplemente llame al 1-855-632-7633 o ingrese en línea en [AccessNebraska.ne.gov](https://www.accessnebraska.gov).

Actualice su información

Es muy importante que nosotros tengamos su dirección correcta, para que usted pueda recibir correo de UnitedHealthcare Community Plan y de la División de Medicaid y Atención Médica a Largo Plazo de Nebraska. Asegúrese de tener su nombre completo en su buzón de correo (y el apellido de otros miembros de la familia si es diferente al suyo). La oficina de correos no entregará el correo si los apellidos en el buzón no coinciden con el apellido en la carta/sobre.

Además, el plan de salud y Medicaid y Atención a Largo Plazo quieren conocer cuál es la dirección de correo electrónico que usted prefiere y su número de teléfono celular para cualquier mensaje importante que necesitemos enviarle por correo electrónico o como un mensaje de texto.

Es muy importante que usted nos informe si hay algún cambio en alguno de los siguientes:

- Nombre, dirección y número de teléfono.
- Si usted se ha mudado a otro estado.
- Si usted ha contraído matrimonio; si ha cambiado su apellido.
- Si usted está embarazada.
- Si el número de miembros de su familia ha cambiado (hay un nuevo bebé o se ha adoptado a un niño, si ha fallecido algún miembro de la familia que estaba inscrito, etc.).
- Si ha cambiado el ingreso que podría afectar a la elegibilidad para Medicaid.
- Si usted tiene otro seguro de salud.

Cómo puede usted informarnos acerca de los cambios

Póngase en contacto con [ACCESSNebraska.ne.gov](https://www.accessnebraska.gov) para informar acerca de cualquiera de estos cambios. Usted puede llamar gratuitamente al 1-855-632-7633 o visitar [ACCESSNebraska.ne.gov](https://www.accessnebraska.gov).

Importantes puntos del plan de salud

Emergencias

En caso de una emergencia, llame al **911**

Otros números de teléfono importantes

24/7 NurseLine **1-800-641-1902, TTY 711**

(Disponible 24 horas al día, 7 días de la semana)

Administración de Cuidados **1-877-856-6351**

(con ayuda a la salud física y mental y problemas por el uso de sustancias)

Healthy First Steps® **1-800-599-5985**

(Primeros Pasos Saludables – para futuras madres)

Transporte médico que no es de emergencia **1-833-583-5683**

TTY **1-833-587-6527**

ACCESSNebraska – número gratuito **1-855-632-7633**

TTY **1-402-471-7256**

Fax **1-402-471-9209**

Centro de inscripción de Heritage Health llamada sin costo **1-888-255-2605**

TTY **1-800-930-9516**

Número local en Lincoln **1-402-477-4600**

Línea directa para el fraude y abuso **1-800-641-1902, TTY 711**

Farmacia

Beneficios de farmacia

Al UnitedHealthcare Community Plan se le requiere que emplee la lista de medicamentos cubiertos del Estado, llamada Lista de Medicamentos Preferidos (PDL). La PDL es una lista de los medicamentos que su plan cubre. Estos medicamentos deben ordenarse a través de un proveedor de nuestra red y ser surtidos por una farmacia dentro de nuestra lista de proveedores. Su doctor emplea esta lista para estar seguro que los medicamentos que usted necesita se encuentran dentro de su plan. Usted puede encontrar a la PDL en internet en myuhc.com/CommunityPlan. Puede también buscar el nombre del medicamento en internet. Es fácil poder obtener que le surtan sus medicamentos.

Cobertura de recetas de venta libre seleccionadas para Heritage Health Adult Expansion

Cobertura básica de medicamentos recetados:

Los miembros de Heritage Health Adult Expansion que son elegibles para los beneficios básicos no incluyen ninguna cobertura para medicamentos de venta libre.

Cobertura de medicamentos recetados Prime:

Los miembros de Heritage Health Adult Expansion que son elegibles para los beneficios Prime incluyen cobertura para medicamentos de venta libre seleccionados.

¿Tiene una receta para un medicamento?

Cuando usted tenga una receta para un medicamento que le extendió un doctor o usted necesita surtir de nuevo un medicamento de receta, acuda a una farmacia que sea parte de nuestra red. Muestre al farmacéutico la tarjeta de identificación como miembro. Usted puede encontrar una lista de las farmacias de nuestra red en el Directorio de Proveedores en internet en myuhc.com/CommunityPlan, o puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

Farmacia

Copagos de medicamentos recetados

Puede recibir muchos nombres de marca preferidos y medicamentos genéricos preferidos sin copago. Visite myuhc.com/CommunityPlan para ver nuestra lista completa de medicamentos preferidos. Los medicamentos recetados de marca **no preferidos** tienen un copago de \$3.

Si el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) muestra que está exento de copago, no tendrá que pagar el copago de \$3. Puede estar exento de copago si:

- Tiene 18 años o menos.
- Está embarazada o dio a luz en los últimos 60 días.
- Permanece en un hospital para pacientes hospitalizados, un centro de atención a largo plazo, un centro residencial, un hogar familiar para adultos o un centro para discapacitados del desarrollo.
- Permanece en un centro médico y gasta la mayor parte de sus ingresos en costos médicos.
- Es un nativo americano que recibe servicios de un Centro de salud indio.
- Recibe servicios de exención bajo una exención 1915(c).
- Recibe asistencia del Programa Estatal de Discapacidad.

¿Están sus medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL)?

Sí

Sí sus medicamentos están incluidos en la Lista de Medicamentos Preferidos, usted no tiene ningún problema. Asegúrese de mostrar al farmacéutico su tarjeta de identificación como miembro cada vez que sus medicamentos le sean surtidos. Medicare y otros copagos de seguro aún pueden aplicar. Los medicamentos recetados de marca **no preferidos** tienen un copago de \$3.

No

Si sus medicamentos no están incluidos en la Lista de Medicamentos Preferidos, haga una cita con su doctor dentro de los siguientes 30 días. Los doctores pueden ayudarle a cambiar de medicamentos a uno que se encuentre dentro de la Lista de Medicamentos Preferidos. Su doctor también puede ayudarle a solicitar que se haga una excepción en su caso si el doctor piensa que usted necesita un medicamento que no se encuentra en la lista.

¿No está seguro?

Acuda a internet para revisar la Lista de Medicamentos Preferidos en myuhc.com/CommunityPlan. Algunos medicamentos recetados requieren una autorización previa. Hable con su doctor acerca de una solicitud para una autorización previa. Usted también puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**. Nosotros estamos aquí para ayudarle.

Medicamentos de receta

Medicamentos genéricos y de nombre

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes que los medicamentos de nombre — estos medicamentos a menudo cuestan menos, pero ambos actúan de la misma manera.

En algunos casos, se cubre un número limitado de medicamentos de nombre. Estos medicamentos están limitados a ciertas clases (o tipos) de medicamentos. Para algunos de ellos es necesario tener una autorización previa de parte de UnitedHealthcare Community Plan. **Una farmacia le abastecerá un suministro para 31 días como máximo de cada medicamento recetado.** Los medicamentos recetados de marca **no preferidos** tienen un copago de \$3.

Cambios a la Lista de Medicamentos Preferidos

La lista de los medicamentos cubiertos es revisada periódicamente y puede cambiar cuando medicamentos genéricos se encuentran disponibles. Es importante que su doctor revise la Lista de Medicamentos Preferidos cada vez que usted necesite un medicamento recetado.

Medicamentos de venta libre (OTC)

Los miembros de Heritage Health Adult Expansion que son elegibles para los beneficios Prime recibirán ciertas recetas de venta libre. UnitedHealthcare Community Plan también cubre muchos medicamentos de venta libre (OTC) que se encuentran en la lista de medicamentos aprobados por el estado. Un proveedor debe escribir una receta para un medicamento de venta libre que usted necesite. Después, todo lo que tiene que hacer es presentar la receta y su tarjeta de identificación como miembro en cualquier farmacia para que le surtan su medicamento de venta libre. Los OTC incluyen:

- Analgésicos.
- Medicamentos para la tos y los catarros.
- Cremas de primeros auxilios.
- Anticonceptivos.
- Medicamentos para el acné.

Para una lista completa de los OTC cubiertos. Para una lista completa de los OTC cubiertos, acuda a myuhc.com/CommunityPlan o llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

Farmacia

Beneficio de suministro de 90 días

Su plan ahora cubre un suministro de 90 días de medicamentos seleccionados. Con un suministro de 90 días, no tendrá que obtener un resurtido cada mes. Si quiere participar:

- Hable con su médico para ver si sus medicamento califica. Si es así, su médico puede escribirle una nueva receta para un suministro de 90 días.
- Hable con su farmacéutico. Su farmacéutico puede llamar a su médico para obtener una nueva receta para un suministro de 90 días.

Las reglas de cobertura de beneficios de farmacia todavía se aplican. Solo los medicamentos cubiertos estarán elegibles para un suministro de 90 días. Por favor, consulte las reglas de cobertura de su farmacia para obtener más detalles. Le tenemos cubierto. Para saber qué medicamentos están incluidos, vaya a myuhc.com/CommunityPlan o llame gratis a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

Servicios de farmacia restringidos

Algunos miembros de UnitedHealthcare Community Plan deben contar con servicios restringidos de farmacia para coordinar mejor su atención. Esto significa que los miembros deben surtir recetas en un solo lugar de farmacia hasta por dos años. Esto se basa en el uso previo de medicamentos, incluido el uso excesivo de los beneficios de farmacia, los narcóticos, las ubicaciones de las farmacias y otra información.

A los miembros en éste programa se les enviará una carta con el nombre de la farmacia que deben usar. Si reciben esta carta, tendrán 30 días a partir de la fecha anotada en la carta para solicitar un cambio de farmacia. Para cambiar de farmacia durante este período, llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**. Usted puede apelar nuestra decisión de colocarlo en servicios restringidos de farmacia llamando a Servicios para Miembros. Para obtener más información sobre el proceso de apelación, consulte la sección de apelación en este manual para miembros.

Revisión y Evaluación de riesgos de salud

¿Qué es una Revisión de riesgos de salud y una Evaluación de riesgos de salud?

¿Qué es una Revisión de riesgos de salud?

Es una herramienta en la cual hay preguntas acerca de su salud que le ayudarán al equipo de atención médica clínica de UnitedHealthcare Community Plan que trabajará con usted a identificar aquellas áreas en las que usted debe concentrarse para mantener o mejorar su salud, así como para ayudarle con sus necesidades de servicios sociales.

Evaluación de riesgos de salud

Después de inscribirse en UnitedHealthcare Community Plan, su Coordinador clínico se reunirá con usted para hacerle algunas preguntas acerca de su salud, necesidades y opciones. Su Coordinador clínico hablará con usted sobre cualquier necesidad de servicios médicos, conductuales, físicos y sociales que pueda tener. Esta reunión puede ser por teléfono o en persona y se conoce como evaluación de riesgos para la salud (HRA). Esta es una evaluación completa y detallada acerca de su estado médico, conductual, social, emocional y funcional. La evaluación generalmente la completa su Defensor para Miembros o su Coordinador clínico. Esta evaluación de riesgos para la salud le permitirá a su Coordinador clínico conocer cuáles son sus necesidades y ayudarle a obtener la atención médica que necesita.

Medicamento frágil

Para determinar que se es un paciente médicamente delicado, el beneficiario debe tener una afección documentada y emitida por un proveedor de atención médica calificado que pueda diagnosticar dentro de las leyes respectivas a su práctica y tenga una licencia y una buena reputación dentro del estado en el que ejerce, o una determinación que se ha identificado a través del análisis y la evaluación de datos históricos de reclamaciones realizadas por la organización de atención médica administrada de Medicaid, o información suministrada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos y que esté dentro de una o más de las siguientes categorías:

- Un trastorno mental incapacitante (incluida una enfermedad mental grave).
- Un trastorno crónico por el abuso de sustancias.
- Una discapacidad física, intelectual o del desarrollo con discapacidad funcional que impide que el beneficiario realice una o más actividades de la vida diaria para cada ocurrencia de la actividad.
- Tiene una determinación de discapacidad basada en los criterios del Seguro Social.
- Una condición médica seria y compleja.
- Personas sin hogar crónicamente definidas por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos.

Los beneficiarios pueden ser identificados ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos como médicamente delicados través de los siguientes métodos:

- Autoidentificación del beneficiario ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos o su Organización de Atención Médica Administrada de Medicaid,
- Los beneficiarios también pueden ser referidos por su Organización de Atención Médica Administrada de Medicaid después de contactar al Coordinador Clínico de las Organizaciones de Atención Médica Administrada o mediante el análisis de los datos históricos de reclamos del beneficiario.
- A través de la identificación por parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos, incluyendo, pero no limitados a, la División de Asistencia Económica de Nebraska, los trabajadores de servicios sociales del Departamento de Salud y Servicios Humanos o a través del personal del programa Medicaid.

Cómo obtener cuidados de salud

Su Proveedor de Atención Primaria (PCP)

Nosotros le llamamos al doctor principal con quien consulta Proveedor de Atención Primaria o PCP. Cuando usted consulta varias veces con el mismo PCP, es fácil que se desarrolle una relación con ese doctor. Cada miembro de la familia puede tener su propio PCP o usted puede escoger que todos consulten con el mismo doctor. Usted visitará a su PCP para:

- Cuidados de rutina, incluyendo revisiones médicas/chequeo anual.
- Coordinar cuidados de salud con un especialista.
- Tratamientos para la gripe o para un catarro.
- Otras condiciones de salud que le preocupen.

Usted tiene opciones

Usted puede escoger entre los muchos tipos de proveedores dentro de nuestra red para que sea su PCP. Algunos de los PCP incluyen:

- Doctores de Familia (llamados también Doctores de Medicina en General) — ellos dan tratamiento a niños y adultos.
- Doctores de Medicina Interna (también llamados Internistas) — dan tratamiento a los adultos.
- Enfermera Practicante (NP) — dan tratamiento a niños y adultos, dependiendo en la especialidad.
- Pediatras — dan tratamiento a niños.
- Asistentes de Doctor (PA) — dan tratamiento a niños y adultos, dependiendo en la especialidad.
- Ginecólogo (GYN) — cuidados para las mujeres.
- Obstetras (OB) — dan tratamiento a mujeres embarazadas.

¿Qué es un proveedor de la red?

Los proveedores de la red tienen un contrato con UnitedHealthcare Community Plan para darles los cuidados de salud a nuestros miembros. Usted no necesita llamarnos antes de consultar con uno de estos proveedores. Puede haber algunas ocasiones en donde usted tenga que obtener servicios por fuera de nuestra red. Llame a Servicios para Miembros para conocer si esos servicios están cubiertos. Es posible que usted tenga que pagar por ellos.

Para ir al proveedor de cuidados de salud

Centros de Salud Federales Calificados o Centros de Salud Comunitarios

Los Centros de Salud Federales Calificados o los Centros de Salud Comunitarios tienen un contrato con UnitedHealthcare Community Plan para otorgarles cuidados de salud a nuestros miembros. Usted no necesita llamarnos antes de consultar con uno de esos proveedores.

Para escoger a su PCP

Si usted ha consultado con un doctor antes de inscribirse como miembro en UnitedHealthcare, revise si su doctor es parte de nuestra red. Si usted está pensando en escoger a un nuevo PCP, considere escoger a un doctor que se encuentre cerca de su casa o de su trabajo. Esto le facilitará ir a sus citas.

Hay dos maneras que puede emplear para encontrar al PCP correcto para usted.

1. Use la herramienta de búsqueda “Doctor Lookup” en myuhc.com/CommunityPlan.
2. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. CT (6:00 a.m. a 6:00 p.m. MT), de lunes a viernes. Nosotros podremos contestar a sus preguntas y ayudarle a encontrar a un PCP cerca de usted.

Una vez que ha escogido a un PCP, llame a Servicios para Miembros e infórmenos. Nosotros aseguraremos que sus records están al día

Para cambiar de PCP

Es importante que a usted le guste y que le tenga confianza a su PCP. Usted puede cambiar de PCP en cualquier momento que lo desee. Llame a Servicios para Miembros y nosotros le ayudaremos a que haga el cambio.

Conozca más acerca de los doctores de la red

Usted puede obtener información acerca de los doctores en la red, tales como sus certificaciones y que idiomas ellos hablan, acudiendo a myuhc.com/CommunityPlan o llamando a Servicios para Miembros. Nosotros podemos proporcionarle la siguiente información:

- Nombre, dirección, números de teléfono.
- Certificaciones profesionales.
- Especialidades.
- Facultades de medicina donde estudiaron.
- Residencias cursadas.
- Certificaciones de especialidad.

Revisiones anuales

La importancia de su revisión anual

Usted no tiene que estar enfermo para acudir a un doctor. En realidad, las revisiones anuales con su PCP le ayudarán a mantenerse sano. Además de revisar su salud en general, su PCP estará seguro de que usted obtenga las pruebas, revisiones y vacunas que necesita. Y si hay cualquier otro problema, usualmente es mucho más fácil darle tratamiento si se descubren de manera temprana. Que tan a menudo a usted se le dan esas revisiones se basa en su edad y en los factores de riesgo que tenga. Consulte con su doctor para conocer cuál es lo correcto en su caso.

Exámenes de salud recomendados

Nosotros seguimos las guías de cuidados preventivos establecidas por el Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (U.S. Preventive Services Task Force). La cobertura y los reembolsos pueden variar de acuerdo a las leyes estatales y federales. Si usted tiene cualquier pregunta, llame por favor a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

Guías para el mantenimiento de su salud

Exámenes de bienestar para niños

Las citas para revisar el bienestar del niño son hechas para que su PCP evalúe como su hijo va creciendo y desarrollándose. Así mismo, durante estas visitas le darán otras pruebas necesarias, como la evaluación del habla y la audición y se le aplicarán las vacunaciones. Estas visitas de rutina son también una buena oportunidad para que usted haga todas las preguntas que tenga acerca del comportamiento y de la salud en general de su hijo, incluyendo:

- Su alimentación.
- Sus hábitos de dormir.
- Su comportamiento.
- Su socialización.
- Sus actividades físicas.

Horario de los exámenes médicos

Es importante hacer para sus exámenes de bienestar para las siguientes edades:

- de 3 a 5 días
- a los 9 meses
- a los 30 meses
- a 1 mes
- a los 12 meses
- a los 3 años
- a los 2 meses
- a los 15 meses
- a los 4 años
- a los 4 meses
- a los 18 meses
- una vez al año después de la edad de 5 años
- a los 6 meses
- a los 24 meses

Exámenes de salud recomendados

A continuación se mencionan algunas importantes revisiones de salud. Qué tan a menudo se le dan estas revisiones está basado en su edad y en los factores de riesgo que tenga. Consulte con su doctor para conocer cuál es lo correcto en su caso.

Pruebas de Salud – Niños

Pruebas: Niños de 0 a 18 años

Edad	Prueba de revisión	Frecuencia
Recién nacido	Revisión del recién nacido (PKU, anemia falciforme, hemoglobinopatías, hipotiroidismo)	Durante el período de recién nacido
Nacimiento – 2 meses	Circunferencia del cráneo	En cada visita para el bienestar del niño
Nacimiento – 2 años	Largo y peso	En cada visita para el bienestar del niño
2 – 18 años	Altura y peso	En cada visita para el bienestar del niño
3 – 4 años	Revisión de ojos	Una sola vez
Más joven de 5 años	Salud dental	En cada visita para el bienestar del niño

Revisiones de salud – Adultos

Normas para los cuidados preventivos: Adultos de más de 18 años

Rango de las edades recomendadas

Edad en años	18	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75
Revisiones												
Presión sanguínea, altura y peso	En cada visita preventiva											
Obesidad	En cada visita											
Colesterol				Hombres: Cada 5 años								
						Mujeres: Cada 5 años						
Prueba de cáncer cervical	Anualmente empezando a los 18 años o al inicio de las actividades sexuales y cada tres años después de tres pruebas con resultados normales											
Clamidia/Gonorrea												
Mamografía					Mujeres: Cada uno o dos años							
Cáncer de prostata							Hombres: Como lo determine el doctor					
Cáncer* colorectal (colonoscopia)							Como lo indique su médico					
Osteoporosis										A los 65 años		
Uso del alcohol, depresión	Periódicamente											

Para ir al proveedor de cuidados de salud

Para hacer una cita con su PCP

Llame a la oficina de su doctor directamente. El número debe estar anotado en su tarjeta de identificación como miembro. Cuando usted llame para hacer una cita, asegúrese de informar a la oficina cuál es la razón por la cual está haciendo esa cita. Esto asegurará que usted obtenga el tipo de cuidados de salud que necesita, cuando usted lo necesita. Esto le indicará que tan pronto puede usted esperar ser visto.

Preparación para su cita con su PCP

Antes de la cita

1. Acuda a la cita conociendo que es lo que quiere en esa visita (por ejemplo, obtener tratamiento para los síntomas que tiene, una referencia a un especialista, información específica, etc.).
2. Haga una nota de cualquier nuevo síntoma que tenga y de cuándo empezó.
3. Haga una lista de los medicamentos o vitaminas que usted tome regularmente o lleve sus medicamentos a la cita.

Una vez que usted ha hecho una cita

- Por favor llegue por lo menos 15 minutos más temprano para llenar los formularios y estar listo para la cita.
- Si usted sabe que no puede ir a la cita, llame a la oficina de su proveedor de inmediato para cancelar y esa cita pueda ser utilizada por otro paciente.
- Por favor recuerde llevar consigo su tarjeta de identificación como miembro de UnitedHealthcare.

Si usted necesita de ayuda adicional para hacer una cita, puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

Durante la visita

Cuando usted vea al doctor, no tenga timidez en:

- Preguntar acerca de cualquier duda que tenga.
- Tomar notas, si esto le ayuda a recordar lo que se diga.
- Pedirle al doctor que hable más despacio o que le explique cualquier cosa que usted no entienda.
- Pedirle más información acerca de medicamentos, tratamientos o acerca de su condición.

Cómo elegir a su proveedor de tratamiento para la salud mental y el uso de sustancias

Llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**, para obtener ayuda para encontrar o cambiar de proveedor. Si usted ha consultado con un proveedor antes de ser un miembro de UnitedHealthcare, revise si su proveedor pertenece a nuestra red. Si usted se encuentra buscando a un proveedor nuevo, considere escoger a uno que se localice cerca de su hogar o trabajo. Esto le hará más fácil ir a las citas.

Para hacer una cita con su proveedor de tratamiento para la salud mental y el uso de sustancias

Llame a la oficina de su proveedor directamente. Cuando usted llame para hacer una cita, asegúrese de informar a la oficina cuál es la razón por la cual está haciendo esa cita. Esto asegurará que usted obtenga el tipo de cuidados de salud que necesita, cuando usted lo necesita. **Usted no necesita de una referencia.** Si necesita los servicios de un intérprete, por favor llame a la oficina del proveedor y deles toda la información necesaria.

Servicios de NurseLine – Su fuente de información sobre la salud las 24 horas del día

Si está enfermo o sufrió una lesión, puede resultar difícil tomar decisiones de atención médica. Quizá no sepa si acudir a la sala de emergencias, ir un centro de atención de urgencia, concertar una cita con el médico o realizar un cuidado médico por usted mismo(a). Un(a) enfermero(a) experimentado(a) de NurseLine puede ofrecerle información para ayudarlo a tomar una decisión. Los servicios de interpretación se encuentran disponibles cuando usted los solicita.

Los enfermeros(as) pueden ofrecer información y apoyo para muchas situaciones e inquietudes relacionadas con la salud, entre ellas:

- Lesiones menores.
- Enfermedades comunes.
- Consejos de cuidado personal y opciones de tratamiento.
- Diagnósticos recientes y afecciones crónicas.
- Cómo optar por la atención médica adecuada.
- Prevención de enfermedades.
- Nutrición y actividad física.
- Preguntas para hacerle a su médico.
- Cómo tomar medicamentos en forma segura.
- Salud de hombres, mujeres y niños.

Quizá solamente sienta curiosidad acerca de un problema de salud y desee obtener más información. Los enfermeros registrados con experiencia pueden ofrecerle información, apoyo y educación para cualquier pregunta o inquietud relacionada con la salud.

Simplemente llame al número gratuito **1-877-543-4293**, TTY **711**. Puede llamar al número gratuito de NurseLine en cualquier momento, durante las 24 horas del día.

Cada año 120 millones de personas acuden a una sala de emergencias. Muchas de ellas podrían haber recibido asistencia más rápidamente llamando a la Línea directa de enfermeras o NurseLine.

- Consulte con su Proveedor de Atención Primaria para cualquier cosa que no sea una emergencia. Esto incluye enfermedades y lesiones o vacunaciones.
- Su Proveedor de Atención Primaria conoce su historia médica y puede darle los cuidados más adecuados para usted.
- Pregunte a su doctor si su oficina tiene citas después de las horas normales de trabajo.
- Si usted necesita de ayuda para encontrar a un Proveedor de Atención Primaria, llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. CT (6:00 a.m. a 6:00 p.m. MT), de lunes a viernes.

En una situación de emergencia con peligro de vida o muerte, llame inmediatamente al 911.

Una emergencia es una enfermedad o una lesión que se presenta súbitamente y pone la vida en peligro o puede causar danos si no se atiende de inmediato.

Ejemplos de emergencia son:

- Signos de un ataque cardíaco o de un derrame cerebral.
- Sangrado (hemorragias) que no pueden detenerse.
- Quemaduras graves.
- Pérdida del conocimiento.
- Problemas con la respiración.
- Pensamientos de agresión para otras personas o para usted mismo.
- Problemas durante el embarazo, como dolor o sangrado.

Si usted acude a una sala de emergencia, llame a su Proveedor de Atención Primaria tan pronto como sea posible después de ser atendido por la emergencia, para que pueda continuar recibiendo cuidados de seguimiento.

Para ir al proveedor de cuidados de salud

Acuda a un centro de cuidados de urgencia si usted presenta alguno de los siguientes problemas de menor importancia:

- Alergias.
- Esquinces o torceduras.
- Dolores de cabeza.
- Infección de la vejiga.
- Infección de los senos.
- Dolores de garganta.
- Cortaduras o quemaduras leves.
- Hematomas (moretones).
- Dolores de Oídos.
- Sarpullidos.
- Fiebre.
- Tos o catarrros.

Para conocer una lista de los centro de cuidados de urgencia, llame a Servicios para Miembros al 1-800-641-1902, TTY 711, o visite myuhc.com/CommunityPlan y oprima el botón sobre “Find a Doctor” en la página principal.

- La línea directa de enfermeras o NurseLine está disponible a cualquier hora, aun cuando la oficina de su Proveedor de Atención Primaria esté cerrada.
- Usted puede llamar a la línea directa de enfermeras o NurseLine para determinar si usted necesita acudir a una sala de emergencias, a un Centro de Cuidados de Urgencia o si necesita hacer una cita con su Proveedor de Atención Primaria.
- Nuestras enfermeras también pueden ayudarle proporcionándole información acerca de la educación y de cómo puede mantenerse saludable.

Cobertura de salud Telemental

Los Cuidados Administrativos de UnitedHealthcare Community Plan Medicaid cubren los servicios de Telemental Health. A esto también se le llama Telemental. Estos son los medios que emplean la tecnología electrónica para comunicarse. Se emplea cuando usted y su proveedor no se encuentran en el mismo lugar.

Telemental Health consiste de lo siguiente:

- Una videoconferencia entre usted y su proveedor.
- Una videoconferencia que reúne la seguridad y los requerimientos estatales y federales.

Los servicios de Telemental Health pueden llevarse a cabo en una clínica, en la oficina de su PCP, en un hospital, en un centro de salud médico o mental. Los servicios Telemental Health pueden también llevarse a cabo en su hogar.

Si usted necesita cuidados de salud y la oficina de su proveedor está cerrada

Llame a su PCP si necesita cuidados de salud que no son de emergencia. Su proveedor o alguien en su oficina le ayudará a que usted tome la decisión correcta para obtener los cuidados que necesita. Su proveedor contará con un servicio de contestador automático para responder a las llamadas fuera de horario.

A usted se le puede indicar:

- Ir a una clínica que se encuentre abierta o ir a un centro de cuidados urgentes.
- Ir a su clínica al día siguiente por la mañana.
- Ir a una sala de emergencias (Emergency Room, ER).
- Obtener medicamentos de su farmacia.

Las referencias y los especialistas

Una remisión es cuando su PCP le indica que usted necesita ir a otro médico que se especializa en la atención de ciertas partes del cuerpo o ciertas condiciones. Este otro médico se denomina especialista. Este especialista debe de pertenecer a nuestra red. Usted no necesita una referencia por escrito para ver a un especialista. Si su doctor quiere que usted consulte con un especialista al cual usted no quiere ver, puede preguntar a su PCP que le dé el nombre de otro doctor. Los ejemplos de especialistas incluyen:

- Cardiólogo — problemas de corazón.
- Neumólogo — problemas de pulmones o de la respiración.

¿Qué pasa si necesito ver a un proveedor que no sea mi Proveedor de atención primaria de UnitedHealthcare Community Plan?

Siempre debe ver primero a su PCP. Es el proveedor que lo conoce mejor. Él o ella lo ayudarán a manejar su atención médica. Este proveedor también conoce su estado de salud y cualquier preocupación de salud que haya tenido en el pasado. Este proveedor se asegurará de que toda la atención que reciba sirva para mantenerlo sano. No necesita una remisión para consultar a un especialista de UnitedHealthcare Community Plan.

Fuera de la red de trabajo — Si no hay proveedores dentro de la red para dar tratamiento para un servicio cubierto que es medicamento necesario, el Plan hará los arreglos necesarios para obtener los servicios de un proveedor por afuera de la red. Estos servicios siempre requieren de autorización previa.

Costo para el miembro por servicios obtenidos fuera de la red — Si se aprueban los cuidados de salud por un proveedor por fuera de la red, el pago por los servicios será preparado por el Plan. Los costos para el miembro no serán más altos que los costos de un proveedor dentro de la red. Los servicios que no sean aprobados por fuera de la red no serán cubiertos.

Derecho del miembro para rehusar tratamiento

Como miembro de nuestro plan de salud, usted tiene el derecho de rehusar someterse a cualquier servicio médico, prueba de diagnóstico, tratamiento o rehusar a aceptar cualquier servicio de salud que preste UnitedHealthcare Community Plan. Esto incluye objeciones que usted tenga basándose en cuestiones religiosas.

Acreditación de proveedores

Usted tiene el derecho de obtener información acerca de nuestros proveedores, esta información incluye los estudios realizados por el proveedor, la residencia médica completada, las certificaciones por los consejos médicos y las recertificaciones obtenidas. Para conocer esta información llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-641-1902** o **TTY 711** para personas con problemas de audición.

Plan de incentivos para proveedores

Usted tiene el derecho de conocer si hay arreglos financieros especiales de parte de nuestros proveedores que puedan afectar las referencias médicas a otros servicios que usted pueda necesitar. Para conocer esta información, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-641-1902** o **TTY 711** para personas con problemas de audición y solicite información acerca de arreglos de pago para los proveedores.

Acceso a los cuidados de salud para los Nativos Americanos

Los miembros que son Nativos Americanos pueden tener acceso a los cuidados de salud en las clínicas de las Tribus y en los Hospitales para Nativos Americanos sin necesidad de previa aprobación.

Obtener una segunda opinión

Una segunda opinión es cuando usted desea visitar un segundo médico por el mismo problema de salud. Usted puede recibir una segunda opinión respecto de todos los servicios cubiertos. Esta es su opción. No se le exige a usted que reciba una segunda opinión.

Autorizaciones previas

En algunos casos, su proveedor debe obtener permiso del plan de salud antes de darle un determinado servicio. Esto se llama autorización previa. Esta es responsabilidad de su proveedor. Si no obtienen una autorización previa, no podrá obtener esos servicios.

No se necesita una autorización previa para las emergencias. Tampoco no se necesita una autorización previa para ver a un proveedor de atención médica para servicios de atención médica de mujer o si está embarazada.

Se puede necesitar una autorización previa

Algunos servicios que requieren autorización previa incluyen:

- Admisión a hospitales.
- Cuidados de salud en el hogar.

Si usted tiene cualquier pregunta acerca de estos servicios que requieren una autorización previa, llame a Servicios para Miembros o a su PCP.

Continuación de los cuidados de salud si su PCP abandona nuestra red

A veces un PCP se retira de nuestra red, por ejemplo se muda a otro estado o se retira de la profesión. Si esto sucede con su PCP, nosotros le enviaremos una carta informándole. En algunas ocasiones, UnitedHealthcare Community Plan pagará por servicios que estén cubiertos y que sean provistos por esos doctores por un corto período después que ellos han abandonado a nuestra red. Usted podría aún continuar obteniendo cuidados de salud y tratamientos cuando su doctor deja nuestra red si usted continúa bajo tratamiento por un serio problema médico. Por ejemplo, usted podría calificar si está recibiendo quimioterapia para el cáncer o se encuentra por lo menos 6 meses embarazada al tiempo en que su doctor decide dejar nuestra red. Para conocer más acerca de esto, por favor llame a su doctor. Pida que soliciten una autorización para continuar con el cuidado y tratamientos que usted recibe de UnitedHealthcare.

Si necesita atención médica cuando está fuera de la ciudad

Si está enfermo o lesionado, es posible que tenga que buscar atención mientras está lejos de su hogar y no pueda comunicarse con su doctor.

La mayoría de las veces, es posible que solo tenga lesiones menores o enfermedades leves que no requieran una visita a una sala de emergencias. Una llamada a su doctor debe ser su primera opción; ellos lo conocen y pueden brindarle un consejo y una solución hasta que lo puedan ver en su clínica. También pueden ayudarlo a decidir si es mejor que vaya a un Centro de Atención de Urgencias o si necesita ir a la sala de emergencias. Si necesita atención de emergencia cuando se encuentra fuera de la ciudad, vaya de inmediato a una sala de emergencias (ER) en el hospital más cercano. Si necesita acudir de inmediato a una sala de urgencias, llame al 911. No hay ningún costo por los servicios de urgencias o los servicios de ambulancia en emergencia. No necesita una autorización de su PCP para ir a la sala de emergencias, pero debe llamar a su PCP tan pronto como pueda después de recibir los servicios de la ER.

Los cuidados de salud de rutina incluyen aquellos que promueven una mejor salud a través de la prevención. Esto incluye exámenes físicos del bienestar, exámenes e inmunizaciones para niños sanos, pruebas PAP (Papanicolau), mamografías o colonoscopias.

UnitedHealthcare Community Plan pagará la atención de rutina fuera del área solamente si:

- Llama primero a su PCP y él o ella le dice que es importante que obtenga atención antes de regresar a casa.
- Su PCP debe llamar a UnitedHealthcare Community Plan para obtener la aprobación. Si no habla con su PCP antes de obtener la atención de rutina cuando esté fuera de casa, es posible que usted mismo deba pagar la atención. Si no puede localizar a su PCP, llame a Servicios para Miembros.
- Cualquier proveedor que le atienda debe aceptar el pago de UnitedHealthcare Community Plan y debe estar inscrito como proveedor de Medicaid para el Estado de Nebraska.

Esto significa, por ejemplo, que si usted o los miembros de su familia están de vacaciones y necesitan atención de rutina, UnitedHealthcare Community Plan la pagará solamente si usted obtiene la aprobación de UnitedHealthcare Community Plan antes de recibirla.

No hay cobertura médica fuera de los Estados Unidos

Si usted se encuentra fuera de los Estados Unidos y necesita de cuidados médicos, cualquier asistencia médica que usted reciba no será cubierta por UnitedHealthcare Community Plan. Medicaid no puede cubrir ningún servicio médico que usted reciba fuera de los Estados Unidos.

Transporte médico que no es de emergencia

El transporte médico está cubierto para algunos cuidados médicos. Si no tiene forma de llegar al médico, vive en un área sin transporte público o no puede usar el transporte público debido a una condición de salud o discapacidad, llame a nuestro Servicios de Transporte al 1-833-583-5683 (TTY 1-833-587-6527). Su transporte será confortable y seguro.

Los servicios de transporte médico que no son de emergencia están disponibles para los miembros elegibles de UnitedHealthcare Medicaid sin otros recursos de transporte. Los miembros pueden recibir transporte a servicios cubiertos por Medicaid, incluidos, entre otros, servicios dentales, farmacias y oftalmológicos. Los servicios de transporte están disponibles para el centro cubierto de Nebraska Medicaid más cercano dentro de un radio de 20 millas de la residencia del miembro, capaz de satisfacer las necesidades médicas del miembro y dispuesto a aceptar al miembro como paciente, a menos que UnitedHealthcare exima o apruebe lo contrario siempre y cuando el miembro ha cumplido uno de los siguientes criterios:

- No posee o no tiene acceso a un vehículo con licencia que funcione,
- No tiene una licencia de conducir actual,
- No puede conducir debido a una limitación física, cognitiva o de desarrollo documentada,
- No puede viajar o esperar solo debido a una limitación física, cognitiva o de desarrollo documentada, o
- No puede asegurar el transporte gratuito.

UnitedHealthcare también brinda transporte a lo siguiente: Alcohólicos Anónimos/Narcóticos: Anónimos, Clase Lamaze, clase de paternidad (recién nacido), clase de embarazo y citas de WIC.

Es fácil programar un transporte

Llame a Servicios de Transporte al 1-833-583-5683 (TTY 1-833-587-6527) de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. CT (6:00 a.m. a 6:00 p.m. MT) de lunes a viernes o visite [LogistiCare.com](https://www.logisticare.com).

La transportación se puede programar por al menos con 30 días de anticipación y no más tarde de tres días hábiles antes de su cita. Atención urgente y otros tipos de transporte, como diálisis o quimioterapia, se pueden programar el mismo día.

Preguntas que se harán cuando programe un transporte

Para asegurarse de que tenga la mejor experiencia posible, se le harán algunas preguntas.

Su privacidad es importante para nosotros. Se le pedirá a usted o a la persona que llama en su nombre que verifique algunos de los siguientes detalles que se encuentran en su expediente.

- Nombre y apellido.
- Número de identificación como miembro.
- Fecha de nacimiento.
- Dirección de su casa.

Para garantizar que obtenga el mejor tipo de transporte, se le preguntará:

- ¿Es usted capaz de caminar por sí solo?
- ¿Usará un bastón o un andador?
- ¿Tiene silla de ruedas?
- ¿Tiene un teléfono celular?
- ¿Tendrá un acompañante que viaja con usted? (Sus acompañantes deben tener 18 años o más para viajar con usted.)

También usted deberá tener listos estos detalles acerca su cita cuando llame:

- Dirección de la cita.
- Nombre y teléfono del doctor.
- Razon para la cita.
- Hora de la cita.

Para ir al proveedor de cuidados de salud

Cuando llegue el momento de su transporte

- Es importante que esté usted listo y en espera de su traslado a la hora programada para recogerlo.
- Puede recibir una llamada de su conductor o de un representante del centro de llamadas. Es importante que usted responda a las llamadas de cualquier número desconocido en este momento.
- Si su transporte no llega a tiempo, llame a Servicios de Transporte al 1-833-583-5683 (TTY 1-833-587-6527).
- Si usted no está seguro de cuánto tiempo tomará su cita, el viaje de regreso se programará para una “Call for Pickup”. (llamada para recogerlo). Eso significa que usted debe llamar a los Servicios de Transporte al 1-833-583-5683 (TTY 1-833-587-6527) cuando esté listo para ir a su casa.
- Si tiene un período de tiempo establecido y está seguro que terminará a una hora específica, puede programar una hora específica para que su transporte le esté esperando cuando haya terminado. Si el transporte no está ahí a la hora establecida, llame al 1-833-584-5683 (TTY 1-833-587-6527).

Cancelaciones, modificaciones y otros apoyos

Cancelaciones

Las cancelaciones de transportación deben hacerse por lo menos 24 horas antes de la hora en que se esperaban, siempre que esto sea posible. Si usted necesita cancelar su transporte, comuníquese con Servicios de Transporte para que puedan coordinarse con el proveedor de transporte asignado.

Cambios

Hay ocasiones en que sea necesario actualizar los detalles de su transportación, como por ejemplo a dónde va o a qué hora necesita que lo recojan. Si usted necesita hacer cambios, contacte a Servicios de Transporte.

Recuerde, si no hay cambios en su transportación reportados a los Servicios de Transporte, su conductor no será notificado y no podrá cambiar a su nueva solicitud.

Otros apoyos

Los Servicios de Transporte están para apoyarlo. Es importante que usted los contacte acerca de su transportación. Aquí hay algunas cosas en que pueden ayudarle:

- Programación de una nueva transportación.
- Informar problemas con su transporte.
- Si el transporte no está a tiempo.
- Si usted está listo para retornar a su casa y necesita transporte de regreso.
- Si tiene cualquier pregunta acerca del beneficio de transporte.

Transporte en autobús

A usted se le solicitará que use un autobús si es físicamente capaz y:

- Usted vive a menos de media milla de una parada de autobús.
- Su cita está a menos de media milla de la parada de autobús.

Otra información

Pasajeros adicionales — Se acepta un pasajero adicional si hay documentación de un doctor recomendando la presencia de un acompañante con el paciente por razones médicas. El pasajero debe tener 18 años de edad o más. Los niños de 0 a 18 años de edad deben estar acompañados por un adulto legalmente responsable de 19 años o más y no pueden reservar servicios de transporte en su nombre. Si un adulto joven está emancipado, es su propio tutor legal y no debería haber ningún problema.

Asientos infantiles y sillas de ruedas — Debe llevar su asiento infantil o silla de ruedas. El transporte de niños menores de 6 años será rehusado por el proveedor si no se encuentra disponible un asiento para niños al iniciar el viaje.

Límites de la cantidad de viajes — La cantidad de viajes es ilimitada.

Servicio de acera a acera — Los conductores no ingresan en la casa del miembro o en el centro de atención para la salud.

Quejas — Si usted tiene una queja acerca de los Servicios de Transporte, llame a Transportation Services al 1-833-583-5683, TTY 1-833-587-6527.

Para ir al proveedor de cuidados de salud

Spanish:

Quejas – si tiene una queja sobre los Servicios de Transporte, llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902, TTY 711**.

Arabic:

الشكاوي – إذا كانت لديك شكوى حول خدمات النقل، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم **1-800-641-1902**، رقم الهاتف النصي **711**.

Vietnamese:

Khiếu nại – Nếu quý vị có khiếu nại về Dịch vụ Chuyên chở, hãy gọi Dịch vụ Hội viên theo số **1-800-641-1902, TTY 711**.

French:

Réclamations – Si vous avez une réclamation au sujet des services de transport, appelez le Service membres au **1-800-641-1902, ATS 711**.

Burmese:

မကျေနပ်ချက်များ - သယ်ယူပို့ဆောင်ရေး ဝန်ဆောင်မှုများနှင့်ပတ်သက်၍ သင့်တွင် မကျေနပ်ချက်ရှိပါက **1-800-641-1902, TTY 711** တွင်ရှိသော အဖွဲ့ဝင် ဝန်ဆောင်မှုများထံ ဆက်သွယ်ပါ။

Hospitales, centros de salud y emergencias

Cuidados de emergencia

Las salas de un hospital de emergencias están para poderle ofrecer tratamientos de emergencia por trauma, serias lesiones y síntomas que pongan en peligro la vida. Algunas razones para acudir a una sala de emergencias incluyen:

- Una enfermedad seria.
- Fracturas de huesos.
- Ataque cardiaco.
- Envenenamiento.
- Cortaduras o quemaduras severas.

UnitedHealthcare Community Plan cubre los cuidados de emergencia que usted necesite dentro de los Estados Unidos. Dentro de las primeras 24 horas después de su visita a una sala de emergencia, llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. CT (6:00 a.m. a 6:00 p.m. MT), de lunes a viernes. Usted debe llamar también a su PCP para informarle acerca de esta visita para que pueda recibir los cuidados de seguimiento si los necesita.

No se demore

Si usted tiene una emergencia, llame al 911 o acuda al hospital más cercano.

Servicios de hospital

Hay ocasiones en que su salud puede requerir que sea hospitalizado. Hay servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados y ambulatorios.

Los servicios para pacientes ambulatorios incluyen radiografías, pruebas de laboratorio y cirugías menores. Su PCP le dirá si necesita servicios ambulatorios. El consultorio de su doctor puede ayudarle a programarlos.

Los servicios para pacientes hospitalizados requieren que pase la noche en el hospital. Estos pueden incluir enfermedades graves, cirugía o cuando nace su bebé.

Los servicios para pacientes internados requieren que sea admitido (u hospitalizado) en un hospital. El hospital se comunicará con UnitedHealthcare Community Plan y solicitará autorización para sus cuidados. Si el doctor que lo admite en el hospital no es su PCP, debe llamar a su PCP para informarle que ha ingresado a un hospital.

Servicios posteriores de estabilización

Los servicios posteriores a la estabilización se relacionan a una condición médica de emergencia y son provistos después de que el paciente ha sido estabilizado con el fin de mantener, mejorar o resolver su condición. Dependiendo de sus necesidades, usted puede ser atendido en una sala de emergencias (ER), en un hospital o en otro sitio. Usted no tiene responsabilidad financiera para estos servicios.

Los servicios posteriores de estabilización se cubren cuando:

1. Usted tiene una autorización previa del proveedor de la red, o
2. UnitedHealthcare no responde dentro del término de una hora (1) a la solicitud de una previa autorización de un proveedor fuera de la red, o
3. No puede contactarse a UnitedHealthcare durante las horas normales de trabajo para obtener una autorización previa, o
4. UnitedHealthcare y el doctor que da el tratamiento no pueden llegar a un acuerdo acerca de los cuidados que debe recibir y el doctor dentro de la red no se encuentra disponible para revisar el caso.

Usted continuará recibiendo cuidados de salud hasta que una de las siguientes condiciones ocurra:

1. Un doctor del plan en el sitio donde se administran los cuidados asume la responsabilidad por su tratamiento.
2. Un doctor del plan asume la responsabilidad por sus cuidados de salud, transfiriéndole a otro sitio para sus cuidados.
3. Alguna persona del plan de salud y el doctor que le da tratamiento llegan a un acuerdo acerca de sus cuidados.
4. A usted se le da de alta del sitio donde recibió los cuidados de salud.

Cuidados urgentes

Las clínicas de cuidados urgentes, son para situaciones en donde usted tiene que ver a un doctor por cualquier condición que no es de vida o muerte, pero su PCP no se encuentra disponible o es fuera de las horas de oficina de su clínica. Las condiciones de salud que son las indicadas para tratar de obtener cuidados urgentes son:

- Un dolor de garganta.
- Una infección en el oído.
- Gripe.
- Fiebre baja.
- Cortaduras o quemaduras menores.
- Esguinces.

Si usted o sus hijos tienen un problema que es urgente, llame a su PCP primero. Su doctor puede ayudarle a obtener los cuidados correctos. Su doctor también podrá indicarle si necesita acudir a una sala de cuidados urgentes o una sala de emergencias.

Para planear con anticipación

Es importante si usted sabe en donde se localiza la clínica de cuidados urgentes más cercana. Usted puede encontrar una lista de clínicas de cuidados urgentes en línea en myuhc.com/CommunityPlan o en su Directorio de Proveedores. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. CT (6:00 a.m. a 6:00 p.m. MT), de lunes a viernes.

Beneficios y servicios – Salud física

Beneficios cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, usted tiene cobertura para los siguientes servicios. (Recuerde siempre mostrar su tarjeta de identificación cómo miembro cuando recibe servicios. La tarjeta confirma su cobertura.) Si un proveedor le dice que UnitedHealthcare no cubre un servicio y aun así quiere recibirlo, usted podría ser responsable del pago. Siempre puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711** para preguntar acerca de sus beneficios.

Por favor tenga en cuenta: Usted no paga por los servicios cubiertos.

Beneficios	Cobertura
Cuidados de los niños	
Vacunas de bebé y las vacunas de refuerzo	Cubiertas.
Servicios de Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódico y Temprano (EPSDT)	Cubiertos para todos los niños y adultos jóvenes de hasta 21 años de edad. Incluye exámenes periódicos, evaluación multidisciplinaria y tratamiento de los niños con discapacidades o retrasos significativos en el desarrollo. Las clases de parto están cubiertas para miembros hasta los 21 años.
Inmunizaciones y vacunas	Cubiertas.
Prueba para el plomo	Cubiertas. Las pruebas para el plomo pueden realizarse en la oficina del doctor o en el departamento local de salud.

Beneficios	Cobertura
Cuidados de los niños (continuación)	
Cuidados para el recién nacido	Cubiertos.
Visitas médicas	Visitas de rutina para el bienestar y para exámenes por enfermedad tienen cobertura.
Cuidados de bienestar del bebé y revisiones médicas	Cubiertos.
Cuidados de las mujeres	
Terminación de embarazos	<p>No están cubiertas.</p> <p>Las terminaciones de embarazos no son un beneficio con cobertura, excepto en casos para proteger la vida de la madre. En esos casos, se requiere de los doctores y otros proveedores que sigan el protocolo de Nebraska DHHS y los Procedimientos de Consentimiento para el aborto. Los servicios para la terminación del embarazo no requieren una referencia del proveedor de atención primaria del paciente. Los pacientes deben emplear los servicios de un doctor y proveedores dentro de la red.</p> <p>Si la terminación del embarazo es necesaria para preservar la vida de la madre, el doctor debe solicitar una autorización previa de la División Medicaid antes de llevar a cabo el aborto. Si la autorización previa es aprobada para hacerse bajo los protocolos de Nebraska DHHS, el reembolso se hará después de recibir la documentación constatando la aprobación para el procedimiento fue aprobada por Nebraska DHHS.</p>
Métodos para el control de la natalidad (aplicados en el consultorio)	Cubiertos.
Extractores de leche	Cubiertos.

Beneficios y servicios – Salud física

Beneficios	Cobertura
Cuidados de las mujeres (continuación)	
Cirugía de reconstrucción mamaria – después de una mastectomía	Cubierta si la ordena un proveedor de la red. Se requiere autorización previa.
Métodos de Planeación Familiar (con receta y sin receta)	Cubiertos.
Servicios de Planeación Familiar	Cubiertos. Miembros femeninos tienen la libertad de elección de los proveedores de servicios de Planeación familiar.
Exámenes para la mujer – anual	Cubiertos.
Tratamiento de la infertilidad	No está cubierto.
Asesoramiento sobre lactancia	El asesoramiento sobre lactancia materna será un beneficio disponible para los bebés que nacen hasta los 90 días después del nacimiento, y para los niños de hasta 21 años cuando sea médicamente necesario. Hay un límite de cinco sesiones de consejería por niño, y cada sesión puede durar hasta noventa minutos. Es proporcionado por médicos, profesionales de enfermería, asistentes de médicos, parteras y enfermeras registradas que son certificados como consultores de lactancia certificados por la junta internacional.
Mamografías	Cubiertas.
Enfermera partera	Cubierta.

Beneficios	Cobertura
Cuidados de las mujeres (continuación)	
Servicios de nutrición	Los servicios de nutrición estarán disponibles para adultos y niños por un terapeuta de nutrición médica con licencia (LMNT) cuando sea prescrito por un médico o enfermera practicante. Para los adultos, el servicio debe prescribirse para tratar la diabetes tipo I o tipo II, enfermedad renal o un riñón trasplantado en los últimos 36 meses. Para los jóvenes, el tratamiento se proporciona cuando un joven está en riesgo debido a una necesidad nutricional que afecta la salud o la condición médica.
Cuidados obstétricos y de maternidad	Cubiertos.
Prueba Papanicolaou	Cubierta.
Cuidados de embarazo	Cubiertos. Incluye hospitalización mínima de 48 horas después de un parto vaginal y 96 horas después de un parto por cesárea, a menos que la madre solicita ser dada de alta más temprano. También incluye la atención de posparto, servicios de lactancia y extractores de leche.
Esterilización	Cubierta.
Exámenes de bienestar para la mujer	Cubiertos.
Atención de emergencia y hospitalaria urgente	
Ambulancia	Cubierta, si es necesaria para una emergencia. Se cubren servicios de ambulancia que no son de emergencia si son recomendados por su proveedor.
Servicios de una sala de emergencia	Cubiertos.
Transporte de emergencia	Cubierto.

Beneficios y servicios – Salud física

Beneficios	Cobertura
Atención de emergencia y hospitalaria urgente (continuación)	
Cuidados de hospital	Cubiertos. Se requiere autorización previa. Habitación doble, cirugía ambulatoria, hospitalización, análisis de sangre y radiografías, casos graves, rehabilitación para pacientes hospitalizados y sala de emergencias.
Habitaciones privadas en el hospital	No están cubiertas a menos que sea médicamente necesario.
Atención especializada (consultas)	Cubierta.
Atención de pacientes ambulatorios	
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (incluyendo terapia física, ocupacional, de audición, del lenguaje y respiratoria)	Cubiertos. Si los ordena un proveedor de la red. Incluye servicios cubiertos en un centro de cuidados ambulatorios.
Toma de imágenes para pacientes ambulatorios	Cubiertos.
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios (cardíaca, física, ocupacional y del habla)	Cubiertos cuando ordenados por el proveedor de red. Se requiere autorización previa. Para los adultos, solo se cubre un cierto número de visitas por año.
Cirugía	
Cirugía para paciente ambulatorio	Cubierta cuando ordenados por el proveedor de red.

Beneficios	Cobertura
Cirugía (continuación)	
Cirugía (ambulatoria, emergencia, de hospitalización y reconstructiva)	Cubierta si la ordena un proveedor de la red. La cirugía de emergencia está cubierta. Una autorización previa puede ser necesaria. Las segundas opiniones quirúrgicas están cubiertas.
Hospicio	
Cuidados de hospicios	Se cubren los cuidados de hospicios cuando están ordenados por un doctor. Se requiere autorización previa.
Otros cuidados y programas cubiertos	
Cuidados para alergias	Cubiertos.
Miembros artificiales	Cubiertos cuando ordenados por un médico de la red. Una autorización previa puede ser necesaria.
Cuidados para asma	Cubiertos.
Suministros de audiología	Cubiertos cuando ordenados por un médico de la red.
Cuidados quiroprácticos	Servicios cubiertos. Medicaid limita la cobertura de los servicios quiroprácticos a: (i) Cierta tipo de radiografías de la columna vertebral; (ii) Manipulación manual de la columna vertebral; (iii) Evaluaciones y administración de ciertos servicios; (iv) Tracción; (v) Estimulación con corriente eléctrica; (vi) Ultrasonido; y (vii) Ciertos procedimientos terapéuticos, actividades y técnicas diseñadas e implementadas para mejorar, desarrollar o mantener la función del área tratada. Se puede requerir autorización previa.

Beneficios y servicios – Salud física

Beneficios	Cobertura
Otros cuidados y programas cubiertos (continuación)	
Cuidados dentales	<p>No están cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan. El MCNA Dental es el plan dental de Medicaid para el Estado de Nebraska. MCNA administra los beneficios dentales para niños y adultos que son elegibles.</p> <p>Línea directa para miembros de MCNA: 1-844-351-6262, TTY (para personas con discapacidad auditiva) llame al 1-800-833-7352, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. de lunes a viernes o visite a www.mcnane.net.</p> <p>Nota: Los miembros de Heritage Health Adult Expansion Basic no tienen beneficios dentales.</p>
Diabetes	<p>Cubierta.</p> <p>Póngase en contacto con su Coordinador de Cuidados hablando a Servicios para Miembros al 1-800-641-1902, TTY 711.</p>
Equipo médico duradero (DME)	<p>Cubierto cuando es ordenado por un médico de la red que es M.D., D.O. o D.P.M. Incluye aparatos quirúrgicos, prótesis, aparatos ortopédicos, tecnología de asistencia y suministros médicos cubiertos por el programa de Asistencia Médica.</p> <p>Algún equipo puede requerir autorización previa.</p>
Procedimientos experimentales	<p>No están cubiertos excepto cuando existe un mandato del Estado para su cobertura.</p>
Audífonos	<p>Cubiertos si los ordena un proveedor de la red que es M.D. o D.O.</p> <p>Limitado a un par cada cuatro años para las personas mayores de 21 años. Se cubren las baterías y los accesorios médicamente necesarios.</p> <p>Una autorización previa puede ser necesaria.</p>

Beneficios	Cobertura
Otros cuidados y programas cubiertos (continuación)	
Pruebas de audición	Cubiertas.
Servicios de terapia y cuidados de salud en el hogar	Cubiertos si los ordena un proveedor de la red. Se requiere autorización previa.
Infusión	Se cubren los servicios de enfermería y preparación del equipo, pero una autorización previa puede ser necesaria.
Intérpretes	Llame a Servicios para Miembros al 1-800-641-1902 , TTY 711 .
Pruebas de laboratorio	Cubiertas cuando ordenadas por un proveedor de red.
Equipo/suministros médicos	Cubiertos cuando son ordenados por un proveedor de la red que es M.D., D.O. o D.P.M. Una autorización previa puede ser necesaria.
Servicios de salud mental y el uso de sustancias (pacientes internos y ambulantes)	Cubiertos. Una autorización previa puede ser necesaria.
Transporte que no sea de emergencia	Comuníquese con los Servicios de Transporte al 1-833-583-5683 (TTY 1-833-587-6527). Vea la página 48 para más información.
Casas de reposo (de enfermería especializada)	Cubiertas si lo ordena un proveedor de la red. Se requiere de autorización previa.
Suplementos nutricionales	Cubiertos si los ordena un proveedor de la red. Una autorización previa puede ser necesaria.
Terapia ocupacional	Cubierta si la ordena un proveedor de la red. 60 visitas combinadas (física, ocupacional y del habla) por año calendario para miembros de 21 años y mayores. Se necesita autorización previa.

Beneficios y servicios – Salud física

Beneficios	Cobertura
Otros cuidados y programas cubiertos (continuación)	
Visitas al consultorio	Cubiertas.
Medicamentos de venta libre	Cubierto con una receta de su proveedor de atención médica. Nota: Los miembros de Heritage Health Adult Expansion Basic no tienen beneficios para medicamentos de venta libre.
Farmacia	Cubierta. Medicare y otros copagos de seguro aún pueden aplicar. El plan de salud cubre una amplia lista de medicinas o medicamentos de receta. Los medicamentos cubiertos están anotados en la Lista de Medicamentos Preferidos del plan. Los medicamentos recetados de marca no preferidos tienen un copago de \$3.
Fisioterapia	Cubierta si la ordena un médico con licencia dentro de la red. 60 visitas combinadas (terapia física, ocupacional y del habla) por año calendario para miembros mayores de 21 años y mayores. Se necesita autorización previa.
Servicios médicos	Cubiertos. Incluyendo la anestesia para cirugía dental y oral, incluyendo la articulación temporomandibular (ATM). Hasta una visita al año y cinco visitas al ginecólogo anualmente con un proveedor de la red para la planeación familiar (cubierto sin necesidad de una referencia de un PCP). Las inmunizaciones y vacunas cubiertas (a excepción de vacunas para viajes).
Cuidados de podología (pie)	Cuidados de los pies de rutina, servicios médicos y quirúrgicos cubiertos por un podólogo, cuando es ordenado por un proveedor de la red.
Servicios de cuidados posteriores a la estabilización	Cubiertos para los servicios relacionados que se proporcionan después de estabilizar una condición médica de emergencia.

Beneficios	Cobertura
Otros cuidados y programas cubiertos (continuación)	
Servicios de enfermería privada	Cubiertos si son médicamente necesarios y los ordena un proveedor de la red. Se necesita autorización previa.
Visitas de proveedores en el hospital	Cubiertas.
Servicios de Centros de Salud basados en la escuela	Cubiertos en todos los sitios designados. Los servicios se limitan a los beneficios cubiertos.
Servicios de otros profesionales	Cubiertos. Los profesionales incluyen enfermeras practicantes, asistentes de médicos, trabajadores sociales, dietistas licenciados, psicólogos y enfermeras parteras con licencia. Los proveedores tienen que ser certificados y autorizados por Nebraska Medicaid. En algunos casos, su proveedor de atención primaria tiene que referirle a estos proveedores.
Servicios fuera de Nebraska	No están cubiertos a menos de que sean proporcionados por un proveedor de la red o si un beneficio cubierto no está disponible en la red. Se cubren los servicios de emergencia a través de los Estados Unidos. Se necesita autorización previa.
Servicios fuera de los Estados Unidos	No están cubiertos.
Centro de enfermería especializada	Cubierto si lo ordena un proveedor de la red. Se requiere autorización previa.

Beneficios y servicios – Salud física

Beneficios	Cobertura
Otros cuidados y programas cubiertos (continuación)	
Asesoramiento para dejar el uso del tabaco.	Cubierto cuando usted se inscribe con la línea Nebraska Tobacco Quit Line. Llame a Nebraska Tobacco Quit Line al 1-800-784-8669. Usted necesita una referencia de su PCP.
Terapia del habla	Cubierta cuando la ordena un médico con licencia dentro de la red. 60 visitas combinadas (terapia física, ocupacional y del habla) por año calendario para miembros de 21 años y mayores. Se necesita autorización previa.
Pruebas (diagnósticas)	Laboratorios (pruebas de sangre y orina, etc.), rayos X y otras pruebas de diagnóstico cubiertas cuando son ordenadas por un proveedor de la red.
Servicios de trasplantes	Cubiertos cuando son ordenados por un médico de la red. Se requiere autorización previa.

Beneficios	Cobertura
Otros cuidados y programas cubiertos (continuación)	
Cuidados de la visión	<p>Limitados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes oculares: <ul style="list-style-type: none"> – 1 cada 12 meses (desde la fecha de la última visita) para las personas de 20 años o menores. – 1 cada 24 meses (desde la fecha de la última visita) para personas de 21 años o mayores. • Armazones: <p>Para personas de 20 años de edad o menores – Cobertura que sea necesaria en casos de pérdida, daños y cambio de tamaño debido al crecimiento.</p> <p>Para personas de 21 años de edad o mayores – Un par de armazones para anteojos cada 24 meses, en esa fecha cuándo cualquiera de las dos siguientes circunstancias ocurran:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Requerimiento por cualquiera de las siguientes razones médicas: <ul style="list-style-type: none"> • Son los primeros anteojos con graduación óptica del miembro. • Es necesario un cambio debido al crecimiento. • Un cambio de los lentes de prescripción, solamente si los nuevos lentes no pueden adaptarse a la armazón que tiene el miembro. 2. La armazón que el miembro tenga actualmente no puede emplearse debido a daños irreparables. <p>Para personas de 21 años o mayores – Una unidad cada 12 meses si se aplica el siguiente criterio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida, daños por rotura o daños por desgaste o que son irreparables. <p>Nota: Los miembros de Heritage Health Adult Expansion Basic no tienen beneficios de visión.</p>

Beneficios y servicios no cubiertos

Los siguientes servicios no están cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan:

- Cualquier servicio de atención médica no brindado por un proveedor de nuestra lista (con la excepción de Native American Access to Care — Acceso a los Cuidados de Salud para los Nativos Americanos — un tratamiento de emergencia y los servicios de planificación familiar).
- Toda atención que no cubra Medicaid de Nebraska.
- Cualquier atención que cubra Medicaid, pero no a través de la atención médica administrada, comuníquese con la Línea de Información de Medicaid al 1-877-255-3092 para servicios tales como:
 - Servicios de atención a largo plazo/ centros de enfermería.
 - Centros de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual/del desarrollo.
 - Exención para servicios domiciliarios y comunitarios.
- Teléfonos y televisores que se usen durante su estadía en el hospital.
- Artículos para su comodidad personal que se usen durante la estadía en el hospital, como un peluquero.
- Lentes de contacto, a menos que se usen para tratar enfermedades de los ojos.
- Anteojos para sol y lentes fotocromáticos.
- Ambulancia, a menos que sea médicamente necesaria.
- Servicios para la infertilidad.
- MCNA Dental es el plan de Medicaid para el estado de Nebraska. MCNA Dental administra los beneficios dentales para niños y adultos elegibles. La línea directa para miembros de MCNA es 1-844-351-6262 o visite www.mcnane.net.

Beneficios y servicios – Tratamiento para la salud mental y el uso de sustancias

Beneficios de tratamiento para la salud mental y el uso de sustancias cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan

Como un miembro de UnitedHealthcare Community Plan, usted está cubierto para el tratamiento para la salud mental y por el uso de sustancias. Recuerde siempre mostrar su actual tarjeta de identificación cuando obtenga los servicios. Esto confirma su cobertura. Si un proveedor le dice que un servicio no está cubierto por UnitedHealthcare y usted todavía quiere recibir esos servicios, usted puede ser responsable por el pago. Usted siempre puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**, para hacer preguntas acerca de sus beneficios. La cantidad y la extensión de los servicios provistos estarán basadas en sus necesidades y las necesidades médicas. Los servicios pueden ser provistos en la oficina de un proveedor, en su casa o en la comunidad.

Algunos servicios necesitan de autorización previa. Esto significa que su proveedor debe contactarnos antes de proveer el servicio. Su proveedor coordinará las referencias a otros doctores. Usted no necesita autorización para recibir servicios de emergencia. Nosotros seremos notificados de las hospitalizaciones para la salud mental y el uso de sustancias. De esa manera nosotros podremos planear para los planes y coordinación cuando sea dado de alta. Su proveedor puede solicitar una autorización llamando a la Línea de Salud Conductual.

¿Quién es un proveedor para el tratamiento de salud mental y el uso de sustancias?

Un proveedor que brinda tratamiento para la salud mental y el uso de sustancias puede ser un consejero para los desórdenes por el uso de sustancias, un doctor, un psiquiatra, una enfermera psiquiátrica, un psicólogo, una trabajadora social con licencia, otros consejeros profesionales, un especialista certificado en rehabilitación psicosocial, un administrador de caso, analista de conducta certificado o personal de apoyo de pares. Ellos pueden darle apoyo, ayudándole a crear y llevar al éxito su plan de recuperación y trabajar con usted antes y después de la crisis. Ellos pueden conectarlo con otros servicios comunitarios.

Recuperación y resiliencia

La recuperación es una jornada para recobrar la salud que le permite a una persona llevar una vida significativa en la comunidad que ella escoja. Eso significa luchar para poder alcanzar su potencial por completo. La resiliencia es nuestra habilidad personal para dejar atrás a los obstáculos en nuestras vidas. Los grupos paritarios pueden ser una valiosa ayuda en estos casos. Use los recursos detallados en esta sección para explorar la vida en la recuperación y las estrategias para que usted vuelva a ser el mismo de antes y obtener el éxito. Nosotros también podemos ponerle en contacto con un especialista de apoyo paritario.

¿Qué es un especialista de apoyo paritario?

Un especialista de apoyo paritario es alguien que ha experimentado problemas de salud mental o del uso de sustancias. Además, esta persona ha recibido entrenamiento para proveerle la ayuda que usted puede necesitar. Su especialista de apoyo paritario le conocerá y le ayudará con sus metas personales.

Nuestros especialistas de apoyo paritario están manejando con éxito su propia recuperación. Por eso, ellos entienden como son las cosas y pueden ayudarle en maneras que nadie más puede hacerlo. Los especialistas de apoyo paritario le dan ayuda y estímulo. Su meta es la de ayudarle a usted a que retorne al seno de su comunidad.

¿Qué son los servicios de apoyo paritario?

Los servicios de apoyo paritario son servicios de apoyo dentro de la comunidad cuya meta es la de proporcionar ayuda a los adultos y jóvenes con condiciones de salud mental y el uso de sustancias a que obtengan de nuevo fuerzas y puedan dedicarse a su recuperación o ayudar a los padres de los hijos con problemas de salud mental y por el uso de sustancias en aquellos asuntos relacionados al tratamiento que ayudarán a conocer cómo trabajar con el sistema de los cuidados para la salud y como poder darles un mejor apoyo a sus hijos.

- Realizado por un Especialista Paritario Certificado, un Especialista de Apoyo Paritario o un Socio de Apoyo para Padres que tiene entrenamiento especial y tiene experiencia de vida en vivir y recuperarse de una enfermedad mental seria o ayudar a su propio hijo.

Los servicios pueden incluir:

- Instrucciones en cómo navegar a través del sistema de los cuidados de salud; dedicándose a la recuperación.
- Asistencia con acceso a los servicios de apoyo clínicos y de ayuda comunitaria.
- Ayuda con el desarrollo de un WRAP (wellness recovery action plan – Plan de acción para la recuperación del bienestar), directivas avanzadas, plan de recuperación o plan para el manejo de la recaída (“Why Now” – “Y por qué ahora” para las readmisiones frecuentes).

Beneficios y servicios – Salud mental y uso de sustancias

- Iniciación para los miembros en sus autocuidados, enseñándoles y animándoles al uso de las herramientas, recursos y servicios de apoyo disponibles.
- El apoyo a los padres, involucrando a los miembros de la familia.
- Ayudar al miembro a crear un capital de recuperación, así como crear metas de recuperación.

Los servicios de apoyo paritario son un complemento a los servicios de salud mental y el uso de sustancias. Su proveedor de salud mental puede ofrecerle servicios de apoyo paritario. Las personas que proveen este servicio han sido entrenadas para trabajar como especialistas de apoyo paritario. Ellos tienen habilidades especiales, información y maneras para poder ayudarle a usted. Llame a los Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**, para conocer cual apoyo paritario se encuentra disponible para usted. El uso de este servicio es gratuito.

Una buena manera para aprender es estar conectado con las personas que ofrecen este servicio de apoyo paritario. Usted también puede:

- Preguntarle a su proveedor de salud mental por más información.
- Usar internet para buscar la información que necesita.
- Llamar a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

Servicios de salud mental y uso de sustancias – Programa de asistencia al cliente (CAP)

Los servicios del Programa de asistencia al cliente (CAP) brindan intervenciones a corto plazo centradas en soluciones para problemas de salud mental y/o el uso de sustancias. Los miembros están cubiertos por hasta 5 sesiones de CAP por año.

Hay también en internet recursos y entrevistas personales con grupos de apoyo

[Liveandworkwell.com](https://www.liveandworkwell.com)

Este recurso en línea para miembros de UnitedHealthcare Community Plan tiene muchas herramientas y recursos para la recuperación. Es un gran lugar donde con una sola parada usted puede iniciar su camino hacia la salud y el bienestar.

<https://www.liveandworkwell.com/public/>

Beneficios y servicios – Salud mental y uso de sustancias

Proveedores	Definición
Psiquiatras	<p>Un psiquiatra es un doctor que se especializa en el diagnóstico, tratamiento y prevención de los problemas emocionales y de salud mental y es una de las personas que puede prescribirle sus medicamentos.</p>
Una enfermera practicante de psiquiatría/salud mental/APRN	<p>Las enfermeras practicantes de psiquiatría/salud mental (APRN) practican bajo la supervisión de un psiquiatra y proveen una amplia gama de servicios para adultos, adolescentes y niños y de sus familias, incluyendo evaluación y diagnóstico, prescribiendo medicamentos y ofreciendo terapia para individuos con desórdenes psiquiátricos o problemas por el uso de sustancias.</p>
Psicólogo	<p>Los psicólogos practicantes están entrenados para administrar e interpretar un cierto número de pruebas y evaluaciones que pueden ayudar al diagnóstico de su condición o revelar más acerca de la manera en que una persona piensa, siente o se comporta. Los psicólogos también pueden proveer terapia oral.</p>
Enfermera psiquiátrica/ de salud mental	<p>Enfermeras psiquiátricas/salud mental, proveen un amplio rango de servicios psiquiátricos y médicos, incluyendo la evaluación y tratamiento de enfermedades psiquiátricas, administración de casos y terapia del habla.</p>
Profesionales de salud mental independientes con licencia (LIMHP) <ul style="list-style-type: none"> • Trabajadores sociales clínicos con licencia • Consejeros profesionales con licencia • Consejeros matrimoniales y terapeutas con licencia 	<p>Los profesionales de salud mental independientes con licencia (LIMHP) pueden proveer la administración de un caso, los servicios para la planeación de la descarga de un paciente hospitalizado, servicios de colocación y una variedad de otros servicios para las necesidades de la vida diaria para las personas. Los LIMHP pueden también proveer evaluación y tratamiento de las enfermedades psiquiátricas incluyendo terapia del habla. Ellos pueden proveer servicios que incluyen evaluación y diagnóstico de condiciones de salud mental, así como proveer terapia individual, de familia o de grupo.</p>

Beneficios y servicios – Salud mental y uso de sustancias

Proveedores	Definición
Asistentes de Doctores	Los asistentes de doctores, también conocidos como P.A., practican medicina en un equipo bajo la supervisión de doctores y cirujanos. Ellos tienen una educación formal para examinar pacientes, diagnosticar lesiones y enfermedades, prescribir medicamentos, ordenar e interpretar pruebas de diagnóstico, referir pacientes a especialistas tal y como se requiera y proveer tratamiento.
Coordinadores Clínicos	Coordinadores Clínicos asisten al miembro para lograr su bienestar y autonomía a través de su defensa, comunicación, educación, identificación de los recursos de servicio y la facilitación de los servicios.
Consejeros de adicción	Los consejeros de adicción asesoran a los individuos problemas de alcohol, tabaco, drogas u otros problemas tales como la afición al juego. Pueden dar asesoramiento a individuos, familias o grupos o trabajar en programas de prevención.
Especialista en Apoyo Paritario	Un servicio proporcionado por un especialista certificado (que ha vivido, experimentado y recibido servicios de tratamiento de salud mental y del uso de sustancias) para ayudarle a usted a aprender a manejar las dificultades en su vida.

Beneficios y servicios – Salud mental y uso de sustancias

Servicios cubiertos para el tratamiento de la salud mental y el uso de sustancias

Servicio	Definición del servicio	Requerimiento de autorización
Administración de los servicios farmacológicos (para todas las edades)	Un doctor o una enfermera se entrevista con usted para discutir los medicamentos que está tomando y para ordenar nuevos medicamentos que usted pueda necesitar.	No
Terapia para paciente ambulante	Terapia del habla individual, de familia o de grupo para pacientes ambulatorios y evaluación y valoración de la salud mental.	No
Servicios de Apoyo Paritario	Un servicio proporcionado por un especialista certificado (que ha vivido, experimentado y recibido servicios de tratamiento de salud mental y del uso de sustancias) para ayudarle a usted a aprender a manejar las dificultades en su vida.	No
Terapia multisistémica (MST)	La terapia multisistémica (MST) provee un tratamiento intensivo para hogar/familia y un tratamiento basado en la comunidad para los jóvenes que tienen el riesgo de ser ubicados fuera de su hogar o quienes han retornado de una ubicación fuera de su hogar.	No
Terapia funcional familiar (FFT)	Los servicios de terapia funcional familiar (FFT) se enfocan en jóvenes entre los 10 y los 18 años principalmente que demuestran externalización de comportamientos o riesgo de desarrollar comportamientos más severos que afecten la funcionalidad de la familia.	No

Beneficios y servicios – Salud mental y uso de sustancias

Servicio	Definición del servicio	Requerimiento de autorización
Tratamiento Asertivo Comunitario (ACT) (limitado para personas de 18 años o mayores)	Los servicios para el Tratamiento Asertivo Comunitario (ACT) son intervenciones terapéuticas que abordan los problemas funcionales de individuos que padecen de las condiciones más complejas y extensas asociadas con una enfermedad mental grave o concomitante con un desorden de adicción. Estas intervenciones se basan en la fortitud y su enfoque es el de promover la estabilidad de los síntomas, incrementando las habilidades del individuo para que pueda superar su condición y poder relacionarse con otras personas y mejorando el más alto nivel de funcionalidad dentro de la comunidad.	Sí
Rehabilitación Psicosocial (PSR) del paciente ambulatorio	Los servicios de la rehabilitación psicosocial (PSR) para pacientes ambulatorios han sido diseñados para dar asistencia a personas para compensar o eliminar carencias funcionales y/o barreras de su entorno asociadas con su enfermedad mental.	No
Hogares para terapia de grupo (TGH)	Los hogares para terapia de grupo (TGHs) proveen un servicio residencial basado en la comunidad en un sitio similar a un hogar con no más de ocho camas, bajo la supervisión y vigilancia de psiquiatras o psicólogos del programa.	Sí
Instituciones residenciales para el tratamiento psiquiátrico (PRTF)	Una institución residencial para el tratamiento psiquiátrico (PRTF) es cualquier instalación que no es un hospital que provee servicios de beneficio para pacientes hospitalizados menores de 21 años para asegurar que todos los aspectos médicos, psicológicos, sociales y conductuales y del desarrollo relacionados al paciente son evaluados y tratados.	Sí

Beneficios y servicios – Salud mental y uso de sustancias

Servicio	Definición del servicio	Requerimiento de autorización
Paciente hospitalizado	Es la necesidad para estar hospitalizado por una o más noches en un hospital para recibir tratamiento de emergencia que no podría ser ofrecido dentro de la comunidad por su proveedor.	Sí
Servicios residenciales para el uso de sustancias de acuerdo a los niveles de cuidados fijados por la Sociedad Americana de Medicina para la Adicción (ASAM)	Los servicios para la adicción incluyen una variedad de servicios individuales concentrados en el paciente ambulatorio, servicios intensivos para el paciente ambulatorio y residencial consistentes con las necesidades de tratamiento evaluadas individualmente y enfocadas a una rehabilitación y recuperación diseñadas para promover las habilidades para sobreponerse y al manejo de los síntomas y comportamiento derivados por el uso de sustancias.	Sí
Pruebas psicológicas	Pruebas escritas, visuales y orales son ofrecidas por psicólogos para obtener medidas psicológicas de sus habilidades emocionales.	Sí
Terapia electroconvulsiva (ECT)	La terapia electroconvulsiva (ECT) es el tratamiento estándar psiquiátrico con el cual se inducen convulsiones para mitigar las enfermedades psiquiátricas.	Sí
Cama para la observación por 23 horas	Es un período hasta por 23 horas durante el cual se proveen servicios que son por debajo de los cuidados para un nivel agudo. Está indicado para aquellas situaciones en donde un criterio completo no se encuentra presente debido a que factores externos relacionados a la obtención de información o la evaluación de riesgos muestran al paciente en un claro riesgo para producir daños a él mismo o a otros.	No

Beneficios y servicios – Salud mental y uso de sustancias

Servicio	Definición del servicio	Requerimiento de autorización
Tratamiento intensivo para el paciente ambulante por el uso de sustancias (IOP)	Los programas para el tratamiento intensivo al paciente ambulante por el uso de sustancias (IOP) ofrecen servicios por 9 horas a la semana individualmente o en grupo. IOP permite que cualquier individuo pueda participar a la vez que lleva a cabo sus actividades diarias normales, como por ejemplo su trabajo, pudiendo participar en el tratamiento en una institución apropiada por las mañanas o al final del día.	Sí
Hospitalización parcial	Un programa estructurado que mantiene horas de servicio, por lo menos 20 horas a la semana, durante el cual se provee con servicios de evaluación y diagnóstico y tratamientos activos de la salud conductual a los miembros que están experimentando serios signos y síntomas que dan como resultado un significativo estrés personal y/o problemas psicológicos y del entorno.	Sí

Otros beneficios y servicios

Administración de cuidados

¿Qué es la Administración de cuidados?

La Administración de cuidados le ayuda a usted con la administración de las complejas necesidades de los cuidados de su salud. También puede incluir la ayuda que necesita para obtener otros servicios sociales. Nosotros trabajaremos con usted, con su familia/amigos si lo desea y con su PCP para que obtenga los servicios que necesita. Durante la llamada de bienvenida, completaremos junto con usted un breve cuestionario para obtener una evaluación de su salud. Basándonos en sus respuestas, identificaremos si usted necesita de ayuda y de servicios adicionales para satisfacer esas necesidades.

¿Cuándo debo solicitar que se administren los cuidados?

- Si usted tiene consultas con diferentes proveedores para atender a sus problemas médicos.
- Si su proveedor dice que usted tiene un embarazo de alto riesgo.
- Si usted tiene necesidades complejas de salud, tales como enfermedad de la anemia falciforme o fases terminales de insuficiencia renal.
- Si usted requiere de variados y diferentes medicamentos, tratamiento y control de sus problemas de salud.
- Si usted no tiene un lugar donde vivir y necesita ayuda para encontrar un sitio donde vivir. Nosotros podemos ponerlo en contacto con una agencia comunitaria.
- Si usted tiene una condición de salud del comportamiento o tiene necesidades relacionadas a un trastorno por el uso de sustancias. Si usted tiene cualquier pregunta, llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**.
- Si usted no está seguro de necesitar administración en sus cuidados, por favor llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

¿Cómo puedo obtener los Servicios de Administración de Cuidados?

Usted debe haber recibido ya una llamada de bienvenida de parte de nuestro equipo de los Servicios para Miembros. En esta llamada usted contestó algunas preguntas acerca de la Revisión de los Riesgos para la Salud con las que se trataba de conocer si usted necesita de ayuda adicional. Usted también puede llamar al equipo de Servicios para Miembros y solicitar ayuda si necesita servicios de Administración de Cuidados o manejo de alguna enfermedad. Cualquiera de nuestros representantes podrá ofrecerle ayuda. Por favor llame a Servicios para Miembros, sin costo, al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

Administración de Cuidados/Manejo de Enfermedades

Nuestros Coordinadores Clínicos pueden ayudarle a manejar su estado de salud. Estas personas son enfermera(os) y trabajador(e)as sociales, profesionales de salud mental y el uso de sustancias, navegadores y otras personas que pueden asistirle en la coordinación de sus cuidados. Entienden sus problemas. Trabajarán con usted y sus proveedores para ayudarle a obtener la atención que necesita.

Nuestros Coordinadores Clínicos le pueden ayudar a:

- Aprender a cuidar su salud.
- Encontrar un PCP, especialista, o un centro de atención urgente.
- Hacer citas.
- Obtener transporte a las visitas al proveedor, a la farmacia, visitas y consultas para la salud del comportamiento.
- Ayudar a obtener suministros y servicios de atención médica a domicilio.
- Encontrar recursos dentro de la comunidad y de darle apoyo.
- Ayudarle con el transporte.

Los Coordinadores Clínicos pueden ayudarle con:

- Asma.
- Diabetes.
- Insuficiencia Congestiva Cardíaca (CHF).
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD).
- Enfermedad de las arterias coronarias (CAD).
- Enfermedad de la anemia falciforme.
- Enfermedad Pulmonar.
- Embarazo.

Otros beneficios y servicios

- Hipertensión (Presión alta de la sangre).
- Obesidad.
- Necesidades de complejo equipo médico durable.
- Necesidades especiales.
- Cualquier otra condición que necesite de un administrador de caso.

Programas para el manejo de enfermedades especiales

Si usted necesita de más apoyo con el estado de su salud, tenemos los siguientes programas especiales:

- Programas de trasplantes.
- Programas para dejar de fumar.

Mejoramiento de la calidad

UnitedHealthcare Community Plan quiere que usted obtenga los mejores cuidados y servicios disponibles para mantenerle a usted y a su familia saludables. Esa es la razón por la cual nosotros tenemos el programa Quality Assurance and Performance Improvement (QAPI) – Control de Calidad y Mejoramiento del Desempeño.

Nuestro programa del Mejoramiento de la Calidad nos ayuda a conocer cuáles son las cosas que podemos hacer mejor. Nosotros usamos las nuevas maneras que hemos descubierto y las aplicamos para mejorar al programa. Nuestro programa se enfoca en otros varios programas para los miembros.

Estos programas:

- Ayudan a los miembros que padecen de ciertas enfermedades crónicas como el asma y la diabetes a obtener los cuidados que requieren.
- Ayudan a las madres a tener bebés saludables.
- Recuerde a los miembros que obtengan exámenes de detección importantes, atención de seguimiento para niños que recibieron medicamentos para tratar el trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH), exámenes y vacunas.

Nosotros usamos los estándares nacionales para conocer que tan bien nuestros programas QM trabajan. El Comité Nacional para el Control de la Calidad (NCQA) es una agencia independiente que formula los estándares del plan de salud. NCQA compara la calidad de los programas de los planes de salud. En UnitedHealthcare medimos el alcance de nuestro progreso cuando llenamos las metas establecidas al emplear a NCQA:

- Los datos y la información establecida acerca de la efectividad de los Cuidados de Salud (HEDIS®), y
- La Evaluación del Consumidor acerca de los Proveedores y Sistemas de los Cuidados de Salud (CAHPS®).

Nosotros compartimos nuestros resultados anualmente en un boletín informativo y en internet. Nosotros establecemos metas para continuar con los logros de un mejoramiento constante en todos los renglones.

A través de nuestro programa nosotros queremos:

- Asegurarnos de que usted está satisfecho con nuestros servicios.
- Asegurarnos que su doctor llena sus necesidades.
- Ayudarle a que usted tome mejores cuidados de su salud.
- Mandarle útiles consejos e información acerca de la salud, así como recordatorios de cómo puede mantenerse en buena salud.
- Buscar las barreras que existan para los cuidados de salud y nuevas maneras para eliminarlas.
- Buscar mejores formas para proveer cuidados de salud o servicios.
- Buscar en las áreas donde se hicieron cambios y asegurar que esos cambios están trabajando bien para usted.

¿Si usted quiere saber más acerca del programa de Control de Calidad? Llame a Servicios para Miembros o visite myuhc.com/CommunityPlan.

Educación sobre la salud

Nosotros tenemos Coordinadores Clínicos que le ayudarán con sus necesidades para sus cuidados de salud. Los materiales de educación de la salud le pueden ser enviados por correo a su casa. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

Para un embarazo saludable

Mujeres embarazadas

Las mujeres pueden consultar con cualquier obstetra/ginecólogo de UnitedHealthcare Community Plan para recibir atención obstétrica sin que su PCP las refiera. (Maternidad prenatal, parto y posparto).

- Si usted piensa que puede estar embarazada, consulte a su PCP o un obstetra/ ginecólogo de UnitedHealthcare Community Plan de inmediato. Es importante iniciar la atención médica prenatal tan pronto como usted quede embarazada.
- Consulte a su PCP o al obstetra/ginecólogo de UnitedHealthcare Community Plan durante su embarazo.
- Asegúrese de asistir a todas las visitas cuando su PCP o el obstetra/ginecólogo de UnitedHealthcare Community Plan se lo indiquen.
- Asegúrese de ir a su proveedor inmediatamente después de tener a su bebé para recibir atención de seguimiento (entre los 21 y 56 días después del nacimiento del bebé).
- Los servicios de enfermeras parteras están cubiertos cuando son médicamente necesarios.

Es posible que usted pueda obtener fórmula, leche y alimentos gratuitamente del programa Mujeres, Bebés y Niños (WIC). Hable con su proveedor o llame a su Departamento de Salud local acerca de estos servicios.

Si usted se embaraza, informe de su embarazo a ACCESSNebraska. Usted podría ser elegible para recibir servicios para usted y su bebé. Llame al 1-855-632-7633. Si se encuentra en el área de Lincoln, llame al 402-473-7000. Si se encuentra en el área de Omaha, llame al 402-595-1178. Por favor, también llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

Ley de protección para la salud de las madres y los recién nacidos

UnitedHealthcare sigue a las guías federales que requieren de ciertos beneficios para las madres y los bebés después del parto. Nuestros planes de beneficios cubren 48 horas en el hospital después de un parto vaginal. También cubrimos 96 horas en el hospital después de un parto por cesárea. (Usted puede elegir permanecer menos tiempo en el hospital si su proveedor lo aprueba).

¿Va a tener un bebé?

Si piensa que está embarazada, llame a la oficina local del Departamento de Servicios Humanos (DHS) y a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. CT (6:00 a.m. a 6:00 p.m. MT), de lunes a viernes. Con esto usted asegura que obtendrá todos los servicios que se encuentran disponibles.

Asesoramiento de lactancia

El asesoramiento sobre lactancia materna será un beneficio disponible para los bebés que nacen hasta los 90 días después del nacimiento, y para los niños de hasta 21 años cuando sea médicamente necesario. Hay un límite de cinco sesiones de consejería por niño, y cada sesión puede durar hasta noventa minutos. Es proporcionado por médicos, profesionales de enfermería, asistentes de médicos, parteras y enfermeras registradas que son certificados como consultores de lactancia certificados por la junta internacional.

Servicios de nutrición

Los servicios de nutrición estarán disponibles para adultos y niños por un terapeuta de nutrición médica con licencia (LMNT) cuando sea prescrito por un médico o enfermera practicante. Para los adultos, el servicio debe prescribirse para tratar la diabetes tipo I o tipo II, enfermedad renal o un riñón trasplantado en los últimos 36 meses. Para los jóvenes, el tratamiento se proporciona cuando un joven está en riesgo debido a una necesidad nutricional que afecta la salud o la condición médica.

Beneficios de valor agregado

Programas del bienestar para todos

UnitedHealthcare Community Plan tiene muchos programas del bienestar para ayudarlo a usted y a su familia a mantenerse saludables y seguros, que incluyen:

- Programas para ayudarlo a dejar de fumar.
- Atención médica del embarazo e información para los padres.
- Recursos de información nutricional.
- Recordatorios de los cuidados para el bienestar.

Su proveedor puede sugerirle alguno de estos programas. Si usted desea saber más, llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

Para dejar de fumar, llame a la **Nebraska Tobacco Quitline (Línea para dejar de fumar de Nebraska)**. Los residentes de Nebraska obtienen acceso gratuito y confidencial a servicios de asesoramiento y apoyo las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669)

Otros beneficios y servicios

Healthy First Steps™

Nuestro programa Primeros Pasos Saludables (Healthy First Steps) asegura que ambos, madre y bebé, obtengan una buena atención médica.

Nosotros les ayudaremos a:

- Obtener buenos consejos acerca de la nutrición, condición física y seguridad.
- Obtener suministros, incluyendo bombas extractoras de leche para las madres que dan el pecho.
- Escoger a un doctor o a una enfermera partera.
- Programar sus citas y exámenes.
- Arreglar para su transporte a las citas con los doctores.
- Conectar con los recursos de la comunidad tales como los Servicios para Mujeres, Infantes y Niños (WIC).
- Obtener cuidados de salud después del nacimiento del bebé.
- Escoger a un pediatra (doctor para el niño).
- Obtener información de planeación familiar.

Llámenos gratuitamente al **1-800-599-5985**, TTY **711**, de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. CT, de 6:00 a.m. a 5:00 p.m. MT, de lunes a viernes.

Encuéntrenos en Twitter [@UHCPregnantCare](https://twitter.com/UHCPregnantCare).

Es importante iniciar los cuidados de su embarazo de manera temprana. Asegúrese de ir a todas las citas que tiene con su doctor, aun cuando éste no sea su primer bebé.

Community baby showers

Brindamos educación y conciencia sobre el cuidado prenatal y posparto a las madres embarazadas. Un socio comunitario presenta educación sobre el embarazo a las madres. Elegible para todos los miembros. Los miembros pueden elegir uno de los siguientes cuando asisten a un baby shower: un Pac N Play; centro de actividades; suministro de pañales para un mes; asiento de coche o silla de paseo.

Tarjeta de débito para madres embarazadas

Complete su primera visita prenatal en el primer trimestre (dentro de los 42 días de la inscripción) y gane una tarjeta de débito por \$200.

Text4baby (Texto para bebés)

Text4baby es un servicio gratuito que la ayuda durante su embarazo y el primer año de vida de su bebé. Obtenga mensajes de texto gratuitos en su celular cada semana. Los mensajes de text4baby le proporcionan consejos acerca de:

- Cómo mantenerse sana.
- La importancia de las vacunas.
- El trabajo de parto y el parto.
- El ejercicio y la alimentación saludable.
- La lactancia.
- Y mucho más.

Para inscribirse en text4Baby, simplemente envíe un mensaje de texto con la palabra “BABY” al 511411. Después de que se haya inscrito, se le pedirá un código de participante. El código de participante es “HFS”. Este código le indicará a text4baby que está afiliada a nuestro plan de salud. También nos dejará saber que usted se ha inscrito en el servicio.

Dé a su bebé el mejor comienzo posible en la vida. Inscríbase en text4baby.

Bombas extractoras de leche

Nosotros queremos ayudarle cuando se encuentre dando el pecho. Pagaremos el costo de una bomba eléctrica portátil para la extracción de leche. Si tiene preguntas acerca de las bombas extractoras de leche o si necesita de nuestra ayuda para encontrar una compañía de equipo médico dentro de nuestra red, llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**. La compañía del equipo médico necesitará tener una prescripción de su doctor para darle una bomba eléctrica para extraer leche del pecho. Bombas extractoras de leche para hospital, las cuales no son portátiles, se pueden rentar si se considera que son medicamento necesarias. Por favor pregunte a su proveedor si él piensa que usted necesita una bomba extractora de leche de hospital.

Mujeres, Infantes y Niños (WIC)

WIC es un programa de nutrición especial para mujeres, infantes y niños suscritos en Medicaid. El programa WIC les provee sin costo alguno para usted alimentos saludables, les ofrece ayuda para la alimentación de pecho, educación nutricional y referencias a cuidados para la salud. Si usted está embarazada, pregunte a su doctor en su próxima visita, si puede llenar una solicitud para WIC. Si usted tiene un infante o un niño pequeño, pida al doctor que llene una solicitud para WIC o póngase en contacto con la oficina local de WIC.

Otros beneficios y servicios

Programa Healthy Rewards

Obtenga recompensas en la tarjeta de débito por visitas para los cuidados de salud y las vacunaciones. Use estas recompensas para artículos relacionados a la salud.

Programas de regreso a la escuela

Promueve hábitos de salud y de nutrición, incluyendo el uso de una licuadora activada por una bicicleta.

Exámenes físicos deportivos

KidsHealth

Respuestas en línea, consejos y diversión con KidsHealth. Usted y su familia pueden obtener respuestas a sus preguntas de salud en línea.

Transporte extra

El transporte está disponible para citas de WIC, clases prenatales/para padres y reuniones de Alcohólicos Anónimos/Narcóticos Anónimos.

Sesame Street (Plaza Sésamo)

Programación educativa que enseña a las familias acerca de las mejores formas de vivir con asma, guías alimenticias inteligentes y hábitos saludables.

Errantes y escapadas

Escaparse, también llamado darse a la fuga, es un problema que afecta a algunas personas con discapacidades. Se le ofrece a los miembros y las familias, alarmas para puertas y ventanas (hasta seis por hogar) como ayudantes para minimizar la deambulación.

Educación

¿Necesita ayuda para obtener su GED? Llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711** para obtener más información.

Programa On My Way (OMW)

Para miembros adultos jóvenes de 19 a 21 años de edad. Este programa en línea lo ayuda a hacer la transición de cuidado de crianza temporal o de padres/tutores a una vida independiente. OMW enseña habilidades para las finanzas, la vivienda, la capacitación laboral y la universidad.

UnitedHealthcare Health4Me®

UnitedHealthcare Community Plan tiene una nueva app móvil para sus miembros. Se llama Health4Me. Se puede utilizar con tabletas o teléfonos de Apple® o Android®. Con Health4Me es fácil:

- Encontrar doctores, salas de emergencia o centros de cuidados urgentes cercanos a su localidad.
- Ver su tarjeta de identificación.
- Leer su manual para miembros.
- Conocer sus beneficios.
- Ponerse en contacto con Servicios para Miembros.

Descargue gratuitamente la app Health4Me hoy mismo. Úsela para conectar con su plan de salud, cuando quiera, en donde sea.



Twitter

Síguenos en [@UHCPregnantCare](https://twitter.com/UHCPregnantCare) para obtener útiles consejos, información acerca de lo que puede esperar e importantes recordatorios durante su embarazo. Estamos aquí para hacer más fácil los cuidados para usted misma y para su bebé. Visite bit.ly/uhc-pregnancy.

Programa Dr. Health E. Hound®

UnitedHealthcare se enorgullece de su mascota, el Dr. Health E. Hound®. El programa del Dr. Health E. Hound tiene como fin ayudarle a enseñar a sus hijos formas divertidas de mantenerse en forma y sanos. Al Dr. Health E. Hound le encanta viajar por todo el país y conocer a niños de todas las edades. Le gusta entregar folletos, carteles, calcomanías y libros para colorear a fin de que los niños recuerden que deben comer alimentos saludables y hacer ejercicio. También ayuda a que los niños entiendan que ir al proveedor para sus citas de control y sus vacunas es una forma importante de mantenerse sanos.

Usted y su familia pueden conocer personalmente al Dr. Health E. Hound en algunos de nuestros eventos de salud. Le recomendamos que asista a un evento y conozca la importancia de comer alimentos saludables y hacer ejercicio. Traiga una cámara a estos eventos y tómese una foto con el Dr. Health E. Hound. ¡Al doctor Hound le encanta estar en compañía!

Otros detalles del plan

Cuando debe llamarse por teléfono a la división de Medicaid y de Cuidados a Largo Plazo

Si usted tiene preguntas acerca de su elegibilidad, llame a ACCESSNebraska sin costo al 1-855-632-7633. Usted también debe llamar si:

- Se suscribe a otro seguro de salud.
- Hay un cambio en su elegibilidad.
- Está embarazada.
- Tiene una nueva dirección.

Cómo encontrar a un proveedor dentro de la red

Nosotros hacemos fácil el proceso para encontrar a un proveedor de nuestra red. Para localizar a un proveedor o a una farmacia cercana a usted:

Visite en internet myuhc.com/CommunityPlan para obtener información actualizada. Haga clic sobre “Find a Provider”. — “Para encontrar un Proveedor”.

Llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**. Nosotros podemos buscar proveedores dentro de nuestra red para usted. También, si usted quiere, le podemos enviar por correo un Directorio de Proveedores.

Directorio de Proveedores

Usted tiene disponible un Directorio de Proveedores en su área. El directorio anota las direcciones y números de teléfonos de los proveedores en nuestra red.

La información de los proveedores cambia a menudo. Visite nuestro sitio en internet myuhc.com/CommunityPlan. Para obtener la más reciente lista. Haga clic sobre “Find a Provider” — “Para Encontrar a un Proveedor” en el directorio para la búsqueda.

Si usted desea obtener una copia impresa de nuestro Directorio de Proveedores, por favor llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**, y le enviaremos por correo una copia.

88 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

Qué hacer si recibe una factura médica

Los hospitales y los doctores no pueden enviar una factura por servicios a los miembros por el pago de servicios que se encuentran cubiertos. En ocasiones, recibirá una factura que debería haber sido enviada a nosotros. Si recibe una factura que cree que nosotros deberíamos pagar, llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**. Si recibe tratamiento de proveedores que no formen parte de la red UnitedHealthcare Community Plan, tal vez tenga que pagar facturas médicas.

Directrices anticipadas

En Nebraska, los adultos que tienen la capacidad de tomar decisiones acerca de los cuidados de salud, generalmente tienen el derecho de decir sí o no a los tratamientos médicos. Como resultado, usted tiene el derecho de preparar un documento al que se le llama “Directiva Anticipada”. Este documento especifica por adelantado la clase de tratamiento que usted desea que se le aplique o que no se le aplique bajo circunstancias especiales, situaciones o condiciones médicas serias que le impidan a usted declararle al doctor como quiere que se le trate. Por ejemplo, ¿si usted fuera hospitalizado en estado de coma, no quisiera que el personal médico del hospital conociera cuáles son sus deseos específicos acerca del tratamiento médico que usted desea o que no desea que se le practique?

La información en este ejemplo le puede ayudar a comprender su derecho a tomar decisiones antes de que se apliquen los tratamientos. Debido a que esto es un asunto importante, es posible que usted quiera hablar con su familia, amigos personales, su doctor y su abogado, antes de decidir cuál es la clase de directiva anticipada que quiere.

1. ¿Qué es una directiva anticipada?

Una directiva anticipada es una declaración por escrito que refleja de manera fidedigna que usted hace acerca de su decisión de los cuidados de salud que desea o que esta denominando a otra persona para que tome las decisiones acerca de sus cuidados médicos por usted. Dos de las formas más comunes de directrices anticipadas son:

- Un “Testamento en Vida”; y
- Un “Poder Notarial para los Cuidados de Salud.”

Sin embargo, una directiva anticipada puede tomar formas diferentes o se le puede llamar de diferente manera.

Otros detalles del plan

Una directiva anticipada, le permite asentar la clase de cuidados de salud usted desea o nombrar a otra persona para que declare esos deseos en su nombre, en el caso en que usted se encuentre incapacitado para tomar decisiones acerca de sus tratamientos médicos. En forma abreviada, una directiva anticipada le da a usted el poder de tomar decisiones acerca de sus tratamientos médicos futuros. Usted puede decir “sí” a ciertos tratamientos o decir “no” a los tratamientos que usted no desea.

2. ¿Qué es un Testamento en Vida?

Un testamento en vida generalmente declara la clase de tratamiento médico que usted quiere o que no quiere, si usted no tiene la capacidad de tomar sus propias decisiones. Se le llama “Testamento en Vida” porque toma efecto cuando usted aún está vivo. La legislatura de Nebraska ha adoptado leyes que gobiernan los testamentos en vida. Estas leyes son conocidas como Acta de Los Derechos de la Persona Terminal. Un adulto, en pleno uso de sus facultades mentales, puede hacer una declaración en cualquier momento autorizando que se detengan o se remuevan por completo los tratamientos que le mantienen con vida. Esta declaración debe estar firmada por la persona interesada o por otra persona que haya sido designada por este individuo y debe ser atestiguada por otras dos personas adultas o ante un notario. No más de un testigo puede ser el administrador o empleado del proveedor de los cuidados de salud a cargo del tratamiento de la persona interesada. Un empleado del seguro de salud o del seguro de vida no puede ser testigo para esta persona. Dentro de la ley, el tratamiento empleado para prolongar la vida no puede suspenderse o removerse por completo con una declaración de parte de una persona que se encuentre embarazada si es probable que el feto pudiera continuar vivo hasta su nacimiento si se aplicarán tratamientos para mantener la vida de la madre. Un Testamento en Vida debe declarar claramente cuál es la decisión con respecto a los cuidados de salud deseados.

3. ¿Qué es un Poder legal acerca de los cuidados de salud?

Un “Poder legal acerca de los cuidados de salud” es un documento legal en el cual se nombra a otra persona — como por ejemplo un esposo(a), hijo(a) o un amigo(a) personal — como su “agente” o “representante” con la capacidad de poder tomar decisiones médicas para usted. En caso que usted ya no esté capacitado para hacerlo. Su agente o representante debe seguir sus instrucciones y usted puede proveer instrucciones para cualquier tratamiento que usted quiera o no que se aplique. En general, un poder legal le puede conferir a un agente o representante los mismos poderes que una persona puede tener o puede hacer que se cumplan en su beneficio. Nebraska tiene leyes que gobiernan los Poderes legales, las cuales permiten que un agente pueda tomar decisiones médicas para la persona que les ha conferido ese poder legal.

Un poder legal para los cuidados de salud debe: extenderse por escrito; identificarle a usted, a su agente, a su agente sucesor, si hay alguno; autorizar específicamente al agente para que pueda tomar decisiones médicas en su beneficio en el evento que usted se encuentre incapacitado; debe mostrar la fecha en que el documento fue ejecutado; y debe ser firmado por dos testigos que sean personas adultas, las cuales deben estar presentes cuando usted firma y tener la fecha anotada del

día en fue firmado o usted debe reconocer que ha sido firmado con su consentimiento o debe firmarse ante la presencia de un notario público que no sea el abogado ejecutor del poder legal o el sucesor de dicho abogado.

Su poder legal para los cuidados de salud puede otorgarle autoridad para tomar las decisiones acerca de sus cuidados de salud tal y como se describe por la ley. Sin embargo, la autoridad para consentir en la suspensión o remoción de los procedimientos para administrarle nutrición artificial por medio de hidratación es efectiva solamente cuando:

1. Usted sufre de una condición terminal o permanece en un estado vegetativo; **y**
2. Su poder legal otorga explícitamente a su agente ese poder o su intención de suspender o remover los procedimientos o la nutrición e hidratación artificiales administradas apoyadas por una clara y convincente evidencia, una clara y convincente evidencia sería por ejemplo un testamento en vida, records médicos claramente documentados, rechazo del consentimiento para recibir tratamientos u otra evidencia.

Su proveedor conoce las Directrices anticipadas y con gusto responderá sus preguntas. La siguiente es una lista de diversos grupos que pueden responder sus preguntas al respecto.

Department of Health and Human Services – State Unit on Aging

P.O. Box 95026

Lincoln, NE 68509

1-402-471-2307, 1-800-942-7830

Servicios disponibles para personas que tengan 65 años o más.

National Hospice and Palliative Care Organization

1731 King Street, Suite 100

Alexandria, VA 22314

1-800-658-8898

www.nhpco.org

UnitedHealthcare Community Plan apoya su derecho a contar con directrices anticipadas y a que nuestros proveedores de atención médica las sigan. Si considera que algún proveedor de atención médica no sigue sus indicaciones, puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902** o escribir a:

Survey and Certification Department of Regulation and Licensure

Nebraska Department of Health and Human Services

301 Centennial Mall South

P.O. Box 94986

Lincoln, NE 68508

Actualización de su información

Para asegurarse de que su información personal con nosotros es la correcta, por favor infórmenos si existe algún cambio en la siguiente información:

- Estado civil.
- Dirección.
- Nombre del miembro.
- Número de teléfono.
- Embarazo.
- Cambios en la familia (nacimiento, muerte, etc.).
- Otro seguro médico.
- Estado Matrimonial.

Si esta información cambia, llame por favor a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. CT (6:00 a.m. a 6:00 p.m. MT), de lunes a viernes. UnitedHealthcare Community Plan necesita actualizar los registros para informarle sobre nuevos programas, enviarle recordatorios sobre revisiones de salud, enviarle por correo boletines informativos para miembros, tarjetas de identificación y otra información importante. También debe informarle al Estado si usted hizo algún cambio. Si el Estado no puede ponerse en contacto con usted, podría perder su cobertura. El Estado necesita información actualizada respecto de su dirección cada vez que se muda. Para actualizar su información, llame a ACCESSNebraska al 1-855-632-7633. En el área de Lincoln, llame al 402-473-7000. En el área de Omaha, llame al 402-595-1178 o acuda a www.accessnebraska.ne.gov. También llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, o **TTY 711**.

Otro seguro

Si tiene otro seguro, llame a Servicios para Miembros para informarnos.

- Si es miembro, su otro seguro médico deberá pagar las facturas de atención médica primero.
- Cuando recibe atención, siempre muestre ambas tarjetas de identificación de miembro (de UnitedHealthcare Community Plan y de su otro seguro).

Fraude y abuso

Cualquier persona puede informar acerca de fraudes y abusos potenciales. Si toma conocimiento de un caso de fraude o abuso, llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711** para informarlo. Algunos ejemplos de fraude o abuso son:

- Recibir beneficios en Nebraska y en otro estado al mismo tiempo.
- Modificar o falsificar las recetas.
- Que una persona, que no califica para beneficios, reciba beneficios de Medicaid.
- Prestar su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan a otra persona para que la use.
- Uso excesivo de los beneficios de Medicaid.
- Médicos u hospitales que le facturan a usted o a UnitedHealthcare por servicios que no le fueron brindados.
- Médicos u hospitales que le facturan a UnitedHealthcare más de una vez por servicios proporcionados una vez solamente.
- Médicos que presentan documentación falsa a UnitedHealthcare para que usted pueda recibir servicios que solo se proporcionan cuando son médicamente necesarios.

Como puede reportar un fraude y/o abuso

Usted puede reportarlo de la siguiente manera:

- UnitedHealth Group mantiene una línea telefónica las 24-horas sin costo, llamada Línea de Cumplimiento, al 1-800-455-4521. Las personas que llaman pueden solicitar permanecer anónimas.
- Puede llamar a Servicios para Miembros sin cobrar al **1-800-641-1902**, TTY **711**.
- Acuda a internet a <http://dhhs.ne.gov/Pages/Program-Integrity-Reporting-Fraud.aspx> para conocer las instrucciones para reportar al Estado de Nebraska un fraude por un proveedor de Medicaid y/o un fraude por un cliente de Medicaid.
- Llame a la Unidad de Fraudes a Medicaid y Abusos a Pacientes (Medicaid Fraud and Patient Abuse Unit) en la oficina del Procurador General de Justicia al 402-471-3297.

Inscripción y membresía

Cambio de planes de salud

Cada año tiene la opción de cambiar de planes durante el período de inscripción anual. El Centro de inscripción de Heritage Health le enviará un aviso dos meses antes de la fecha en que puede cambiar.

Las personas que han sido elegibles recientemente para Medicaid tienen 90 días para cambiar de plan por cualquier razón.

Para solicitar ser dado de baja de su plan de salud

Usted puede solicitar ser dado de baja del Plan cuando tenga una razón para ello. Las razones son cosas como: se muda fuera del área de servicio; baja calidad en los cuidados de salud; o no tiene acceso a la atención médica. O puede no poder obtener los proveedores que necesita. El Estado tiene que aprobar su solicitud.

Llame al Heritage Health Enrollment Center al **1-888-255-2605**.

Derecho del miembro para rehusar tratamiento

Usted tiene el derecho de rehusar someterse a cualquier servicio de salud que preste UnitedHealthcare Community Plan. Esto incluye objeciones que usted tenga basándose en cuestiones religiosas.

Cómo reciben el pago nuestros proveedores

UnitedHealthcare Community Plan les paga a los proveedores en nuestra red cada vez que lo atienden. A esto se le llama Pago-por-Servicio. Si usted tiene cualquier pregunta acerca de los pagos para los proveedores, llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

Acreditación de proveedores

Usted puede obtener información acerca de nuestros proveedores. Esto incluye estudios realizados, residencia médica y certificaciones. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

Plan de incentivos para proveedores

Usted puede preguntar si hay arreglos financieros con nuestros proveedores que puedan afectar las referencias médicas o los servicios. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

Notificación

Notifique a UnitedHealthcare Community Plan inmediatamente si usted tiene una reclamación ante la Compensación a los Trabajadores (Workers' Compensation), una demanda por lesiones personales o por negligencia médica o ha estado envuelto en un accidente de automóvil.

Administración de Utilización

UnitedHealthcare Community Plan no quiere que usted reciba menos cuidados de salud que requiere o cuidados que no son necesarios. Así mismo, nosotros necesitamos estar seguros que los cuidados que usted recibe son beneficios que están cubiertos. Este proceso se llama administración de utilización (utilization management – UM). No proporcionamos incentivos a los doctores o el personal para negar la cobertura. No damos incentivos financieros para la toma de decisiones UM.

También hay algunos servicios que necesitamos revisar antes de que usted los reciba. Sus proveedores conocen cuales son. Se ocupan de dejarnos saber para que nosotros los revisemos. A la revisión le llamamos Revisión de Utilización (Utilization Review).

Solamente doctores y farmacéuticos hacen UM. Nosotros no le pagamos a nadie para que declaren que no hay necesidad de cuidados de salud. Si usted tiene preguntas acerca de la UM, hable con nuestro personal de la Administración de Casos de Medicaid. Llame al **1-800-641-1902**, TTY **711**. Hay ayuda en otros idiomas.

La seguridad y protección contra la discriminación

La seguridad de los pacientes es muy importante para nosotros. Aunque no dirigimos la atención médica, queremos asegurarnos de que usted reciba una atención segura. Hacemos un seguimiento de los asuntos relacionados con la calidad de la atención médica. Desarrollamos pautas para promover la atención médica segura. Brindamos información sobre la seguridad de los pacientes. Trabajamos con hospitales, doctores y otros para mejorar la continuidad y coordinación de los centros de atención médica. Si quiere más información sobre la seguridad de los pacientes, llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

UnitedHealthcare Community Plan y sus proveedores no pueden discriminar debido a edad, raza, origen étnico, sexo o religión. Los proveedores contratados de UnitedHealthcare Community Plan deben respetar la Ley para estadounidenses con Discapacidades (Americans Disabilities Act). No pueden discriminar según la salud o el estado mental, la necesidad de atención médica o las afecciones preexistentes. Si considera que ha sido objeto de cualquier forma de discriminación, llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

Guías de la práctica clínica y nuevas tecnologías

UnitedHealthcare Community Plan les brinda a nuestros proveedores las pautas clínicas sobre la mejor forma de brindar atención. Cada pauta clínica es un estándar de atención aceptado. Esto significa que otros médicos concuerdan con ese enfoque.

Si tiene preguntas o le gustaría recibir una copia impresa de una pauta, llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**. También puede encontrar las pautas en nuestro sitio web myuhc.com/CommunityPlan.

Evaluación de nueva tecnología

Algunos servicios médicos no han probado ser efectivos todavía. UnitedHealthcare Community Plan examina las nuevas prácticas, tratamientos, pruebas de diagnóstico y tecnologías. Esta examinación se lleva a cabo a nivel nacional por UnitedHealthcare Community Plan. La información es examinada por un comité integrado por médicos, personal de enfermería, farmacéuticos y expertos invitados por UnitedHealthcare Community Plan. Ellos toman la decisión final de cobertura. Si le gustaría conocer más información, llámenos al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

Trasplantes

El plan de salud es responsable por los servicios de cuidados de salud por trasplantes efectuados a los miembros. El Director Médico de Nebraska Medicaid determinará si el trasplante es medicamento necesario y no es experimental si no existe una política de Medicare al respecto. Esto incluye lo siguiente:

- Corazón y pulmón.
- Pulmón solamente.
- Corazón solamente.
- Intestinal y/o visceral múltiple.
- Riñón solamente.
- Páncreas solamente.
- Riñón y páncreas.
- Hígado solamente.
- Medula espinal/células madre.

Terminación de embarazo

Las terminaciones de embarazos para proteger la vida de la madre deben ser aprobadas previamente. Deben ser autorizadas por Nebraska Medicaid.

Reglamentación de servicios

Reglamentación del servicio para terminar un embarazo

Los servicios para terminar un embarazo no son servicios cubiertos, excepto en casos en que sea necesario hacerlo para preservar la vida de la madre. En ese caso, los doctores o proveedores deberán de seguir los Procedimientos de Consentimiento de Nebraska DHHS para proceder con un aborto. Servicios aprobados para la terminación de un embarazo no requieren una referencia del proveedor de atención primaria de la paciente. La paciente debe emplear a un doctor y proveedor que se encuentre dentro de la red.

Servicio para terminar un embarazo

Proceso de Documentación

Los servicios para la terminación de un embarazo, están cubiertos cuando son necesarios para preservar la vida de la madre. Si la terminación del embarazo es necesaria para preservar la vida de la madre, el doctor debe solicitar autorización previa de la División Médica antes de llevar a cabo la terminación del embarazo. Si la previa autorización es aprobada empleando las pautas aprobadas por las guías de Nebraska DHHS, los reembolsos se harán después de que se haya recibido la documentación correspondiente a la aprobación del procedimiento por Nebraska DHHS. Esta solicitud debe enviarse por escrito a:

Department Health & Human Services
Medicaid Division
P.O. Box 95026
Lincoln, NE 68509-5026

Crímenes y notificación

UnitedHealthcare Community Plan debe notificar a la Agencia Medicaid de cualquier declaración hecha por los proveedores acerca de información de personas convictas de crímenes dentro de 10 días hábiles a partir de la fecha en que recibieron esa información. UnitedHealthcare Community Plan debe también notificar sin demora la Agencia de Medicaid de cualquier acción que tomemos en la solicitud por el proveedor para participar en el programa. La Agencia Medicaid es responsable de la notificación al Inspector General dentro de 20 días a partir de la notificación hecha por UnitedHealthcare Community Plan.

Encuesta para miembros

UnitedHealthcare Community Plan cada año envía un cuestionario a algunos de sus miembros para conocer cómo se sienten acerca de nuestro plan de salud. Esta encuesta nos ayuda a decidir en qué áreas debemos trabajar para llevar a cabo mejoras, a la vez nos deja saber acerca de las cosas que estamos realizando correctamente.

Si usted recibe esta encuesta, por favor contéstela. Una firma independiente es la que realiza la encuesta y nosotros no tenemos acceso a sus respuestas. Su privacidad se mantiene. Sus respuestas nunca serán empleadas por nosotros para tomar decisiones acerca de los cuidados de su salud o de la salud de su familia. Sus respuestas, así como las respuestas de muchos otros miembros, se combinan para que nosotros podamos conocer como estamos haciendo nuestro trabajo. Esta es la oportunidad para que usted nos dé “una calificación”. Usted puede solicitar una copia de los resultados de esta encuesta llamando a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**. Queremos conocer cuáles son sus preocupaciones acerca de la calidad de los cuidados de salud y de nuestra calidad de servicio.

Su opinión cuenta

¿Tiene alguna idea sobre cómo UnitedHealthcare Community Plan puede mejorar? Existen muchas formas en las que puede decirnos qué piensa.

- Llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**.
- Escríbanos a:

UnitedHealthcare Community Plan
Member Advocate
2717 North 118th Street, Suite 300
Omaha, NE 68164

El Comité Asesor de Miembros

El Comité Asesor de Miembros es un consejo asesor para garantizar que UnitedHealthcare involucre activamente a los consumidores, las familias, los grupos de defensa y otros interesados clave como socios en el diseño y en el sistema de entrega del programa de cuidados complejos.

¿Quién puede unirse?

- Miembros de UnitedHealthcare Community Plan.
- Miembros de la familia y cuidadores de los miembros de UnitedHealthcare Community Plan.
- Representantes de grupos de defensa de la comunidad y del consumidor.

Los participantes pueden:

- Compartir comentarios e ideas con el equipo de UnitedHealthcare.
- Para obtener más información sobre el comité asesor, comuníquese con el presidente llamando a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

Informe de incumplimientos de mercadotecnia

UnitedHealthcare Community Plan, siguen normas de mercadotecnia estrictas que establece el Departamento de Salud y Hospitales de Nebraska. Por ejemplo, una violación potencial de mercadotecnia es cuando usted observa a un representante del plan llevar a cabo una acción que es injusta, de engaño o que no está permitida como una parte de los servicios para los cuidados de salud que ellos provén. Para informar acerca de los incumplimientos de mercadotecnia, puede llamar a Nebraska Medicaid Investigations (Investigaciones de Nebraska Medicaid) al 1-877-255-3092 o visitar DHHS.MedicaidProgramIntegrity@nebraska.gov.

Derechos y responsabilidades de los miembros

Declaración de derechos y responsabilidades de UnitedHealthcare Community Plan

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, usted tiene ciertos derechos y responsabilidades. Es importante que los entienda. Estos derechos y responsabilidades no cambian de ninguna manera su cobertura de salud. Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos o su cobertura de asistencia médica, llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

Derechos de los miembros

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, tiene derecho a:

- Pedir información sobre las directrices anticipadas.
- Ser tratado con respeto, dignidad y privacidad.
- Cortesía y tratamiento rápido.
- Recibir asistencia competente desde el punto de vista cultural, lo que incluye tener un intérprete durante las citas y procedimientos.
- Recibir información acerca de UnitedHealthcare Community Plan, sus derechos y responsabilidades, su plan de beneficios y cuáles servicios no están cubiertos.
- Conocer la capacidad de sus proveedores de atención médica.
- Otorgar su consentimiento para el tratamiento, a menos que no pueda hacerlo debido a que su vida o su salud estén en peligro inminente.
- Analizar con su proveedor todas las opciones de tratamiento sin nuestra interferencia.
- Rechazar tratamientos mediante directrices anticipadas o retirar su consentimiento para recibirlos.
- No verse sometido a forma alguna de restricción o aislamiento usado como medida disciplinaria, represalia, por conveniencia o para obligarlo a hacer algo que no quiera hacer.
- Recibir atención preventiva que cubra su plan de beneficios.
- Recibir información acerca de los proveedores y profesionales de nuestra red, y elegir a un proveedor de nuestra red.
- Cambiar de proveedor en cualquier momento, por cualquier motivo.
- Informarnos si está insatisfecho con su tratamiento o con UnitedHealthcare Community Plan; cuando nos informe, puede esperar una respuesta oportuna de nuestra parte.
- Apelar cualquier decisión de pago o de beneficio que realicemos.
- Revisar sus registros médicos que lleva su proveedor y solicitar cambios o adiciones en cualquier área en que lo considere necesario.

- Recibir información acerca de su enfermedad o afección y entender sus opciones de tratamiento, independientemente del costo o de si esos servicios tienen cobertura de UnitedHealthcare Community Plan o no, y participar con sus proveedores en la toma de decisiones acerca de su atención médica.
- Obtener una segunda opinión con un proveedor de la red.
- Esperar que a los profesionales de atención médica no se les prohíba ni se les limite aconsejarle acerca de su estado de salud, atención médica o tratamiento, independientemente de la cobertura de beneficios.
- Hacer sugerencias acerca de las políticas de derechos y responsabilidades de los miembros de UnitedHealthcare Community Plan.
- Tiene derecho a recibir información adicional cuando la solicite, por ejemplo, información sobre cómo funciona su plan de salud y el plan de incentivos para el proveedor, si corresponde.

Responsabilidades de los miembros

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, es responsable de:

- Entender su plan de beneficios y seguirlo para aprovechar al máximo los beneficios.
- Mostrar su tarjeta de identidad a los proveedores; evitar que otras personas usen su tarjeta de identidad.
- Proporcionar información verdadera y completa a los proveedores de atención médica; hacer preguntas sobre su tratamiento para que pueda entenderlo.
- Colaborar con su proveedor para establecer objetivos de tratamiento y seguir el plan de tratamiento que acuerde con su proveedor.
- Familiarizarse con su proveedor antes de estar enfermo.
- Presentarse a las citas o avisar a su proveedor de atención médica que no podrá llegar a la cita.
- Tratar al personal y a los proveedores de UnitedHealthcare Community Plan con respeto y cortesía.
- Comunicarnos sus opiniones, inquietudes y quejas.
- Obtener toda aprobación necesaria antes de recibir tratamiento.
- Usar la sala de emergencias solamente cuando haya una amenaza real a la vida o la salud.
- Notificarnos sobre cualquier cambio en su dirección o en su situación familiar.
- Asegurarse de que cada proveedor que lo atiende sea parte de la red.
- Seguir los consejos de sus proveedores y entender los posibles resultados si no sigue tales consejos.
- Proporcionar a sus proveedores y a nosotros información que podría ayudar a mejorar su salud.

Términos importantes

Abuso: Dañando a alguien a propósito. (Incluye gritar, ignorar la necesidad de una persona y tocarla inapropiadamente).

Directiva anticipada: Una decisión sobre su atención médica que se lleva a cabo de manera anticipada en caso de que usted no pueda hablar por sí mismo. Esto le permitirá a su familia y a sus doctores saber qué decisiones usted tomaría si fuera capaz de hacerlo.

Determinación adversa de beneficios:

1. La denegación o la autorización limitada de un servicio solicitado, incluidas las determinaciones basadas en el tipo o nivel de servicio, los requisitos para la necesidad médica, su propiedad para aplicarse, el establecimiento o la efectividad de un beneficio cubierto.
2. La reducción, suspensión o terminación de un servicio previamente autorizado.
3. La negación, total o parcial, del pago de un servicio.
4. La falta de prestación de servicios de manera oportuna, según lo definido por el Estado.
5. La falla de la MCO para actuar dentro de los plazos previstos en la § 438.408 (b) (1) y (2) con respecto a la resolución estándar de las quejas y apelaciones.
6. La denegación de la solicitud de un miembro inscrito para disputar un pasivo financiero, incluidos los costos compartidos, los copagos y otros pasivos financieros de los afiliados.

Apelación: Una apelación es una revisión por parte de una Organización de Atención Médica Administrada de una determinación adversa de beneficios. 42CFR438.400 (b) y, además, según NCQA, el resultado de una decisión de queja apelable, como la insatisfacción con los servicios de interpretación.

Autorización: La obtención de un visto-bueno o aprobación para un servicio.

Beneficios: Servicios, procedimientos y medicamentos que UnitedHealthcare Community Plan cubrirá por usted.

Administración de atención clínica: Ayuda personalizada de una enfermera que brinda educación y coordinación de los beneficios de UnitedHealthcare Community Plan, adaptados a sus necesidades.

Cancelación de inscripción: La suspensión de su membresía en UnitedHealthcare Community Plan.

Equipo médico duradero (DME): El equipo médico duradero incluye cosas tales como sillas de ruedas, andadores, medidor de glucosa para diabéticos y postes intravenosos que deben usarse por un período de tiempo prolongado. También puede ser un equipo que debe desecharse, como vendas, catéteres y agujas. DME tiene que ser solicitado por su doctor.

Emergencia: Un cambio repentino e inesperado en la condición física o mental de una persona en la cual, si un procedimiento o tratamiento no se lleva a cabo de inmediato, podría esperarse que resulte en (1) la pérdida de la vida o la extremidad, (2) deterioro de una función corporal, o (3) daño permanente a una parte del cuerpo o en la salud del niño por nacer. (Salud mental: Amenaza de suicidio, homicidio o autolesión, manía o psicosis que requieren atención médica inmediata).

Emergencia — Amenaza a la salud mental que no pone en peligro la vida: Cuando los síntomas se desarrollan por primera vez, pero no son potencialmente mortales, como ideas de querer quitarse la vida (suicidio), sin tener un plan para ejecutar o cuándo el miembro comienza a mostrar signos de manía o psicosis.

Fraude: Un acto ilegal falso (por ejemplo: si alguien que no sea usted utiliza su tarjeta de identificación de miembro pretendiendo que es usted).

Queja: Una reclamación es una expresión de insatisfacción sobre cualquier asunto que no sea una determinación de un beneficio adverso. Las reclamaciones pueden incluir, entre otros, la calidad de la atención médica o la prestación de servicios y aspectos de las relaciones interpersonales, como la rudeza o maltrato de parte de un proveedor o empleado, o la falta de respeto de los derechos del miembro, independientemente si se solicitan medidas correctivas. La queja incluye el derecho de un miembro a disputar una extensión del tiempo propuesto por la Organización de Atención Administrada para tomar una decisión de autorización. 42CFR 438.400 (b).

Información de salud: Datos acerca de su salud y cuidados. Esta información puede provenir de UnitedHealthcare Community Plan o un proveedor. Incluye información sobre su salud física y mental, así como también sobre los pagos por los cuidados.

Información de salud mental: Datos sobre su salud y cuidado mental. Esta información puede provenir de UnitedHealthcare Community Plan o un proveedor. Incluye información sobre su salud física y mental, así como también sobre los pagos por los cuidados.

Tarjeta de identificación: Una tarjeta de identificación que informa que usted es miembro de UnitedHealthcare Community Plan. Usted debe llevar consigo esta tarjeta todo el tiempo.

Inmunización: Una vacuna que le protege en contra de una enfermedad. Los niños deben recibir una variedad de vacunas de acuerdo a la edad que tengan. Las vacunas se aplican a menudo en las visitas regulares al doctor.

Otros detalles del plan

Consentimiento informado: Declaración que indica que se le han explicado todos los tratamientos médicos y usted declara haberlo entendido y aceptado.

Dentro de la red: Doctores, especialistas, hospitales, farmacias y otros proveedores que tienen un acuerdo con UnitedHealthcare Community.

Pacientes hospitalizados: Cuando usted ingresa en un hospital por un período de tiempo.

Miembro: Una persona elegible para cobertura de UnitedHealthcare Community Plan – Heritage Health.

Fuera de la red: Doctores, especialistas, hospitales, farmacias y otros proveedores que no tienen un acuerdo con UnitedHealthcare para brindar servicios de atención médica a los miembros.

Paciente ambulatorio: Cuando se realiza un procedimiento que no requiere hospitalización durante la noche.

Prescripción: Instrucciones escritas por un doctor para recibir medicamentos o tratamiento.

Proveedor de atención primaria (PCP): Un doctor que usted elige como su proveedor de atención primaria que tiene su propia consulta privada. Su PCP coordinará toda su atención médica.

Autorización previa: Es el proceso que emplea su doctor para obtener la aprobación de los servicios que deben aprobarse antes de que se puedan realizar.

Directorio de proveedores: Una lista de proveedores que participan con UnitedHealthcare Community Plan para ayudarlo a atender sus necesidades de atención médica.

Proveedor o profesional: Una persona o establecimiento que ofrece atención médica (doctor, farmacia, dentista, clínica, hospital, etc.).

Referencia: Cuando usted y su PCP están de acuerdo en que usted necesita ver a otro doctor y su PCP lo envía a un especialista dentro de la red.

Servicios autorreferidos: Servicios para los cuales usted no necesita obtener una referencia de su PCP.

Especialista: Cualquier doctor que tenga una entrenamiento especial para el tratamiento de ciertas condiciones o enfermedades.

Información sobre el uso de sustancias: Es la información sobre el uso y cuidado de sus sustancias. Esta información puede provenir de UnitedHealthcare Community Plan o de un proveedor. Incluye información sobre su historia acerca del uso de sustancias anteriormente y actualmente, así como de los pagos por los cuidados que reciba.

Cuidados urgentes: Cuando está enfermo, pero no es una emergencia y necesita tratamiento o asesoramiento médico dentro de un período de 48 horas.

WIC: Programa de alimentos suplementarios para mujeres, bebés y niños que brinda asesoramiento nutricional, educación nutricional y alimentos nutritivos a mujeres embarazadas y en el posparto y a bebés y niños hasta la edad de 2 años. Los niños que se consideran nutricionalmente deficientes están cubiertos hasta la edad de 5 años si son de bajos ingresos y se ha determinado que están en un riesgo nutricional.

Quejas y apelaciones

Quejas

Usted es nuestro cliente y es muy importante para nosotros. Queremos hacer que su programa de atención médica sea bueno. Queremos asegurarnos de que se sienta a gusto con nuestro programa, y así usted puede presentar una reclamación en cualquier momento. Si no está a gusto, llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**. Queremos ayudarle a resolver cualquier problema que requiera atención médica.

Trataremos de ayudarle por teléfono. Esperamos poder resolver su problema a la primera llamada telefónica. Tal vez haya ocasiones en las que no esté de acuerdo. Tal vez siga sintiéndose insatisfecho. Así, hemos creado nuestros “Pasos de control de calidad” para usted. Estos pasos le brindarán todas las oportunidades que requiera para informarnos más sobre su problema.

Otros detalles del plan

Pasos de control de calidad para las quejas:

1. Llámenos y díganos cuál es su problema. Trataremos de resolver su problema a la primera llamada.
Servicios para Miembros:
Llamada gratuita **1-800-641-1902**, TTY **711**
2. Si no está a gusto con la respuesta, llámenos o escríbanos y háganoslo saber.
Escriba a:
UnitedHealthcare Community Plan
Attn: Appeals and Grievances
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131
Llame sin cobrar al: **1-800-641-1902**, TTY **711**
3. Cuando se reciba su llamada o carta, nuestro Departamento de Apelaciones y Quejas hará rápidamente una revisión minuciosa del caso y tomará una decisión.
4. El contrato permite 90 días calendario para resolver una queja, el plazo estimado se establece en 60 días del calendario.
5. Nosotros le damos la bienvenida a la presentación de sus quejas.
6. Usted puede obtener ayuda para contarnos acerca de su problema o en como presentar una apelación a cualquier decisión tomada llamando a nuestro centro de Servicios para Miembros. Usted puede pedirles ayuda para llenar las formas para presentar quejas o apelaciones. Usted también puede solicitar los servicios de un intérprete.
7. Si usted tiene una queja acerca del transporte médico que no sea de emergencia, llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

Privacidad de los registros

UnitedHealthcare Community Plan toma muy en serio todo aquello relacionado con las leyes de la privacidad. Contamos con medidas de salvaguarda necesarias para proteger su información. No compartimos información privada sin su consentimiento por escrito a menos que exista un motivo legal para hacerlo, como una orden judicial.

Apelaciones

En ocasiones, tomaremos decisiones acerca de la atención médica que necesita. Si usted o su proveedor nos piden que paguemos un servicio médico que en nuestra opinión no cubre UnitedHealthcare Community Plan o si no tomamos rápidamente nuestra decisión, esto se llama una determinación de beneficio adversa. Una determinación de beneficio adversa se define como:

1. La denegación o autorización limitada de un servicio solicitado, incluyendo el tipo o nivel del servicio; los requisitos para la necesidad médica, la adecuación, el entorno o la efectividad de un beneficio cubierto;
2. La reducción, suspensión o terminación de un servicio autorizado previamente;
3. La denegación, total o parcial, del pago de un servicio;
4. No proporcionar los servicios de una manera oportuna, según lo define el Estado; o
5. O que UnitedHealthcare Community Plan no actúe dentro los límites de tiempo siguientes:
 - Resolución de una queja – 90 días calendario.
 - Resolución de una apelación normal – 30 días calendario.
 - Resolución de una apelación acelerada – 72 horas. Ambas pueden extenderse por 14 días calendario si hay justificación para hacerlo.
6. La definición de una determinación adversa de beneficios no incluye la negativa a usar un doctor por fuera de la red, cuando solamente esta presente una Organización de Atenciones Médicas Administradas.
7. La denegación de la solicitud de un miembro para disputar una responsabilidad financiera, incluyendo la participación en los costos, los copagos y otras responsabilidades financieras de los miembros.

Le enviaremos una carta para indicarle cuál fue la determinación adversa de beneficio que tomamos. Si no está de acuerdo, puede presentar una apelación. Tiene ciertos derechos durante la apelación. Algunos aspectos que debe conocer son los siguientes:

- Tiene 60 días calendario para presentar una apelación, a partir de la fecha de nuestra carta en la que indicamos que hemos tomado una determinación de beneficio. Tomaremos una decisión sobre la apelación y le notificaremos por escrito nuestra decisión en un plazo de 30 días calendario, a partir de la fecha en la que recibe su solicitud de apelación. Podemos extender el tiempo para tomar una decisión por hasta 14 días calendario si solicita una extensión o podemos demostrar que necesitamos información adicional para tomar una decisión y dar razones por las cuales el retraso le beneficia.

Otros detalles del plan

- Puede solicitar una apelación si llama o nos escribe.

Escriba a:

UnitedHealthcare Community Plan

Attn: Appeals and Grievances

P.O. Box 31364

Salt Lake City, UT 84131

Llame sin costo para usted al: **1-800-641-1902**, TTY **711**

- Usted puede solicitar a su proveedor que presente una apelación en su nombre. Para hacer esto, usted debe nombrarlo por escrito como su representante.
- Tiene derecho a presentar evidencia de su apelación en persona o por escrito. Puede hacer esto en cualquier momento durante la apelación.
de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. CT (7:00 a.m. a 4:00 p.m. MT), de lunes a viernes, en:
UnitedHealthcare
2717 N. 118th Street, Suite 300
Omaha, NE 68164
- Puede solicitar una copia de las reglas que usamos para tomar nuestra decisión. Puede pedir ayuda para la apelación a un miembro de su familia, amigo, proveedor de atención médica, abogado o al Centro de Inscripción de Medicaid.
- Puede pedir que se le muestre y entregue una copia de la información que existe en nuestros archivos y que usamos para tomar nuestra decisión.
- Puede enviar comentarios por escrito o documentos para que los veamos cuando revisemos su apelación.
- Usted o su proveedor nos pueden hablar y solicitarnos una apelación acelerada en un plazo de 72 horas si su proveedor le ha dicho que esperar para recibir este servicio de salud podría aumentar los riesgos para su salud. Si usted decide por una apelación acelerada, tiene un tiempo limitado (72 horas o menos) para presentar la documentación en persona o por escrito con respecto a su solicitud. La Organización de Atención Médica Administrada puede extender el tiempo para tomar una decisión hasta 14 días calendario si solicita una extensión o si el plan de salud puede demostrar la necesidad de tener información adicional para poder tomar una decisión y explicar los motivos por los cuales la demora a usted lo beneficia.

Continuación de servicios

Puede solicitar que se le sigan proporcionando servicios durante la apelación. Sin embargo, tal vez tendrá que pagar el servicio de atención si sigue recibéndolo mientras revisamos la apelación y luego decidimos que no debería haber recibido el servicio.

Audiencia Imparcial del Estado

Usted o su representante también pueden solicitarle al Estado de Nebraska una Audiencia Imparcial solamente después de recibir notificación de una decisión adversa acerca de su beneficio tomada por MCO. Puede hacer esto en cualquier momento dentro de los 120 días calendario desde la fecha que le fue notificada la decisión de resolución de MCO. Usted puede solicitar que los servicios que recibe continúen durante la Audiencia Imparcial del Estado, siempre y cuando la autorización de servicio no haya expirado o se hayan cumplido los límites de servicio. Sin embargo, si la decisión es que usted no debería de recibir estos servicios, usted deberá de pagar por los servicios que recibió durante el periodo de la Audiencia Imparcial del Estado.

Puede escribir al Estado a:

Department of Health and Human Services
MLTC Appeal Coordinator
P.O. Box 94967
Lincoln, NE 68509-4967

También puede llamar a nuestro centro de Servicios para Miembros para obtener ayuda. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**. Puede pedir que le ayuden a:

- Presentar una queja o apelación.
- Completar formularios.
- Conseguir un intérprete.

Puede solicitar ayuda adicional llamando a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. CT (6:00 a.m. a 6:00 p.m. MT), de lunes a viernes.

Puede llamar a Servicios Legales del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) al **1-402-471-7237**.

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.uhcommunityplan.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.

Otros detalles del plan

- **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.

Otros detalles del plan

Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos.

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

Cómo usar sus derechos

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

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

¹ Este Aviso sobre prácticas de privacidad de información médica se aplica a los siguientes planes de salud que están afiliados a UnitedHealth Group: AmeriChoice of New Jersey, Inc.; Arizona Physicians IPA, Inc.; 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.

Otros detalles del plan

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.; LifePrint East, Inc.; Life Print 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.

UnitedHealthcare Community Plan no discrimina por motivos de raza, etnicidad, color, religión, estado civil, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, estado de veterano, ascendencia, historial médico, estado de salud o necesidad de servicios de salud. ¡Nos alegra que sea miembro de UnitedHealthcare Community Plan!

Si usted piensa que ha sido tratado injustamente por motivos de raza, etnicidad, color, religión, estado civil, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, estado de veterano, ascendencia, historial médico, estado de salud o necesidad de servicios de salud, 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

Puede enviar una queja en cualquier momento. Reconoceremos su queja por escrito dentro de los diez (10) días calendario después de recibirla. Se le enviará a usted una decisión a más tardar 90 días calendario a partir de la recepción de su queja.

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 **1-800-641-1902, TTY 711**, de 7 a.m. a 7 p.m. CT (6 a.m. a 6 p.m. MT) de lunes a viernes.

Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a comunicarse con nosotros. Tales como, cartas en otros idiomas o en letra grande. O bien, puede solicitar un intérprete. Para pedir ayuda, por favor llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902, TTY 711**, de 7 a.m. a 7 p.m. CT (6 a.m. a 6 p.m. MT) de lunes a viernes.

CSNE19MC4488794_000

120 **¿Tiene preguntas?** Visite **myuhc.com/CommunityPlan**, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902, TTY 711**.



Nosotros estamos aquí para servirle

Recuerde, siempre estaremos listos para responder a cualquier pregunta que tenga. Solo necesita llamar a Servicios para Miembros, al **1-800-641-1902**, TTY **711**, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. CT (6:00 a.m. a 6:00 p.m. MT), de lunes a viernes. Usted también puede visitarnos en internet en la dirección: myuhc.com/CommunityPlan.

UnitedHealthcare of the Midlands, Inc.
2717 N. 118th Street, Suite 300
Omaha, NE 68164

1-800-641-1902, TTY **711**

UnitedHealthcare of the Midlands, Inc.
U.S. Bank Building
233 South 13th Street, 11th Floor
Lincoln, NE 68508

myuhc.com/CommunityPlan
1-800-641-1902, TTY **711**

**United
Healthcare
Community Plan**

Es posible que usted no se haya realizado una importante evaluación o examen médico

Asegúrese de visitar a su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) para realizarse su chequeo anual. Los PCP son los principales profesionales de atención médica que se ocupan de su cuidado.

Programe su chequeo anual hoy mismo



Llame a Servicios para Miembros al 1-800-641-1902, TTY 711 si necesita ayuda para buscar un PCP o para programar una cita.



Lleve su identificación de miembro y cualquier tarjeta de identificación de Medicaid del estado a la cita. Si no tiene su tarjeta de identificación de miembro, puede descargarla en myuhc.com/CommunityPlan.



¿Necesita transporte? Llame sin cobrar al **1-833-583-5683** (TTY **1-833-587-6527**). Podemos ayudarle a programar el viaje de ida y vuelta para las citas con su PCP.

Qué esperar durante la visita

- Examen físico general.
- Control de peso y altura.
- Pruebas de presión arterial, colesterol y triglicéridos.
- Evaluación cardiovascular y de diabetes.
- Análisis de orina.

Manténgase conectado

Obtenga su información médica en línea. Visite myuhc.com/CommunityPlan y regístrese.

Es posible que su niño o adolescente no se haya realizado una importante evaluación o examen médico

Asegúrese de visitar a su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) para realizar una visita de bienestar para niños. Los PCP son los principales profesionales de atención médica que se ocupan de su cuidado.

Programe una visita de bienestar para niños hoy mismo



Llame a Servicios para Miembros al 1-800-641-1902, TTY 711 si necesita ayuda para buscar un PCP o para programar una cita.



Lleve la tarjeta de identificación de miembro de su hijo y cualquier tarjeta de identificación de Medicaid del estado que tenga. Si no tiene su tarjeta de identificación de miembro, puede descargarla en myuhc.com/CommunityPlan.



¿Necesita transporte? Llame sin cobrar al **1-833-583-5683** (TTY **1-833-587-6527**). Podemos ayudarle a programar el viaje de ida y vuelta para las citas con el PCP de su hijo.

Qué esperar durante la visita

- Un examen físico completo.
- Control de peso y altura.
- Control de la visión y la audición.
- Pruebas adicionales, si fueran necesarias.

Manténgase conectado

Obtenga la información médica de su hijo en línea. Visite myuhc.com/CommunityPlan y regístrese.

