



New Mexico



# Le damos la bienvenida a la comunidad

**Manual para Miembros de Turquoise Care  
Community Health Plan of NM**

UnitedHealthcare Community Plan of NM es un producto  
de UnitedHealthcare Insurance Company

**United  
Healthcare  
Community Plan**

CSNM25MD0280719\_000

 **TURQUOISE CARE**

The logo for Turquoise Care features a stylized sun with rays and a mountain range, with the word "TURQUOISE" in blue and "CARE" in orange.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

# Bienvenido

---

## Le damos la bienvenida a UnitedHealthcare Community Plan

Tómese unos minutos para revisar este Manual para Miembros. Estamos listos para responder cualquier pregunta que pueda tener. Solo llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-0826**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora de la montaña. También puede visitar nuestro sitio web en [myuhc - Inicio de sesión para miembros | UnitedHealthcare](#).

## Cómo empezar

Queremos que obtenga el máximo beneficio de su plan de salud de inmediato. Comience con estos tres sencillos pasos:

### **1. Llame a su médico de cabecera (PCP) y programe un control**

Los controles habituales son importantes para una buena salud. El número de teléfono de su médico de cabecera (Primary Care Provider, PCP) debe figurar en la tarjeta de identificación de miembro que recibió recientemente por correo postal. Si no conoce el número de su médico de cabecera o si desea ayuda para programar un chequeo, llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-0826**, TTY **711**. Estamos aquí para ayudarle.

### **2. Complete su evaluación de salud**

Es una forma rápida y sencilla de obtener un panorama general de su salud y estilo de vida actual. Nos ayuda a conectarle con los beneficios y servicios que tiene disponibles. Pronto recibirá una llamada de bienvenida de nosotros. También le ayudaremos a completar una encuesta sobre su salud. Esta breve encuesta nos ayuda a comprender sus necesidades para que podamos brindarle un mejor servicio. Para completar su evaluación de salud, llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-0826**, TTY **711**.

### **3. Conozca su plan de salud**

Comience con la sección Aspectos destacados del plan de salud en la página 14 para obtener una descripción general rápida de su nuevo plan. Y asegúrese de tener este folleto a mano para consultarlo en el futuro.

Estos servicios son parcialmente financiados con el estado de New Mexico.

---

Bienvenido a UnitedHealthcare Community Plan.

Gracias por elegir a UnitedHealthcare como su plan de salud Turquoise Care. Nuestro enfoque personal está pensado para ayudarle a lograr una mejor salud y bienestar. Queremos que tenga el control de la atención de su salud y que reciba todos los beneficios y servicios que pueda necesitar. Es importante que realice su evaluación de salud. Es una forma rápida y sencilla de obtener un panorama general de su salud y estilo de vida actual. Nos ayuda a conectarle con los beneficios y servicios que tiene disponibles. Nos ayuda a comprender mejor sus necesidades para que podamos brindarle un mejor servicio. Pronto recibirá una llamada telefónica de bienvenida de nuestra parte y, en ese momento, le ayudaremos a completar su evaluación de salud. También puede llamarnos para completar su evaluación de salud. Llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-0826**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar de la montaña.

Se adjunta un Manual para Miembros con información importante para usted. El Manual explica cómo usar su plan de salud y le permite saber cómo funciona Turquoise Care. Además, describe su tarjeta de identificación de miembro y sus beneficios, incluidos los beneficios de valor agregado de UnitedHealthcare. Lea el Manual y téngalo a mano para revisar la información que podría necesitar saber en el futuro. Ya debería haber recibido su tarjeta de identificación de miembro en un correo por separado.

El Directorio de Proveedores está disponible en línea y le permite saber qué médicos, hospitales y otros proveedores se encuentran en su área. También puede utilizar la herramienta de búsqueda de médicos “Doctor Lookup” en línea para encontrar un médico en su área. Visite nuestro sitio web en [myuhc.com/communityplan/nm](http://myuhc.com/communityplan/nm).

Desplácese hacia abajo por la página y, en “Lookup Tools” (Herramientas de búsqueda), puede hacer clic en “Doctor Lookup” (Búsqueda de médicos) para encontrar un médico en su área o en “Download Directories” (Descargar directorios) para consultar el Directorio de Proveedores. Si no tiene acceso a internet, o si desea un Directorio de Proveedores impreso, puede comunicarse con Servicios para Miembros al **1-877-236-0826**, TTY **711**, de lunes a viernes, entre las 8:00 a.m. y las 5:00 p.m., hora estándar de la montaña.

Recuerde que siempre estamos disponibles para responder cualquier pregunta que pueda tener. Simplemente llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-0826**, TTY **711**. También puede visitar nuestro sitio web en [myuhc.com/communityplan/nm](http://myuhc.com/communityplan/nm).

Atentamente,  
Andrew Peterson, Director ejecutivo  
UnitedHealthcare Community Plan

Dirección de la oficina:  
609 Broadway Boulevard NE, Suite 125  
Albuquerque, NM 87102



# Palabras clave utilizadas en este manual

---

Al leer este manual, es posible que vea algunas palabras nuevas. Esto es lo que queremos decir cuando las usamos.

**Hogar de Atención para Adultos:** entorno de atención residencial con licencia con siete o más camas para personas mayores o discapacitadas que necesitan apoyo adicional. Estos hogares ofrecen supervisión y cuidado personal adecuados para la edad y discapacidad de la persona.

**Atención Preventiva para Adultos:** atención que consiste en controles de bienestar, asesoramiento al paciente y exámenes regulares para prevenir enfermedades y otros problemas relacionados con la salud de los adultos.

**Directriz Anticipada:** conjunto escrito de instrucciones sobre cómo se deben tomar las decisiones de tratamiento médico o de salud mental si usted pierde la capacidad de hacerlo solo.

**Determinación de Beneficios Adversa:** una decisión que su plan de salud puede tomar para denegar, reducir, interrumpir o limitar sus servicios de atención de la salud.

**Apelación:** si el plan de salud toma una decisión con la que no está de acuerdo, puede pedirles que la revisen. Esto se llama “apelación”. Solicite una **apelación** cuando no esté de acuerdo con el rechazo, la reducción, la interrupción o la limitación de su servicio de atención de la salud. Cuando solicite una apelación a su plan de salud, recibirá una nueva decisión en un plazo máximo de 30 días. Esta decisión se denomina “resolución”. **Las apelaciones y quejas formales no son lo mismo.**

**Atención de la Salud Conductual:** servicios de tratamiento por trastornos de salud mental (su bienestar emocional, psicológico y social) y por consumo de sustancias (alcohol y drogas) y servicios de rehabilitación.

**Beneficios:** grupo de servicios de atención de la salud cubiertos por su plan de salud.

**Coordinación de Atención:** La coordinación de atención incluye la organización deliberada de actividades de cuidado para miembros y la difusión de información entre todos los participantes relacionados con el cuidado para miembros para lograr un cuidado más seguro y eficaz. Esto significa que las necesidades y preferencias del miembro se conocen con anticipación y se comunican a las personas adecuadas en el momento indicado, y que esta información se usa para proporcionar cuidado seguro, apropiado y eficaz al miembro.

---

**Administración de la Atención:** servicio en el que un administrador de atención puede ayudarle a alcanzar sus objetivos de salud mediante la coordinación de sus servicios médicos, sociales y de salud conductual, y encontrar acceso a recursos como transporte, alimentos saludables y vivienda segura.

**Administrador de Atención:** profesional de salud que puede ayudarle a alcanzar sus objetivos de salud al coordinar sus servicios médicos, sociales y de salud conductual, y encontrar acceso a recursos como transporte, alimentos saludables y vivienda segura.

**Servicios de Exámenes Infantiles:** examen médico para controlar cómo se desarrolla un niño. Los servicios de exámenes pueden ayudar a identificar inquietudes y problemas de forma temprana. En los exámenes, se evalúa el comportamiento social/emocional, la vista y la audición, las habilidades motoras y la coordinación, las capacidades cognitivas, el lenguaje y el habla.

**Copago:** cantidad que usted paga cuando recibe ciertos servicios de atención de la salud o una receta.

**Incidente crítico:** un acontecimiento que implica a un destinatario y requiere que el programa responda de una manera que no es parte de la rutina diaria habitual del programa, incluidos, entre otros: abuso, negligencia, explotación, muerte, peligro ambiental, etc.

**Servicios Cubiertos:** servicios de atención de la salud que proporciona su plan de salud.

**Equipo Médico Duradero:** ciertos artículos (como un andador o una silla de ruedas) que el médico puede indicarle que use en el hogar si tiene una enfermedad o una lesión.

**Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT):** se refiere al programa de evaluación, diagnóstico y tratamiento periódicos y tempranos exigido a nivel federal, según se define en la Sección 1905(r) de la Ley de Seguridad Social y el Título 42, Sección 441, Subparte B del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, C.F.R.) para miembros menores de veintiún (21) años. Incluye servicios de diagnóstico y evaluación periódicos e interperiódicos integrales para determinar las necesidades de salud física y conductual, así como la prestación de todos los servicios médicalemente necesarios enumerados en la Sección 1902(a) de la Ley de Seguridad Social, incluso si el servicio no está disponible en virtud del plan estatal Medicaid del estado.

**Intervención Temprana:** servicios y apoyo disponibles para bebés y niños pequeños con retrasos en el desarrollo y discapacidades, y para sus familias. Los servicios pueden incluir terapia del habla, fisioterapia y otros tipos de servicios.

**Atención en el Departamento de Emergencias:** atención que recibe en un hospital si está experimentando una afección médica de emergencia.

---

**Afección Médica de Emergencia:** situación en la que su vida podría verse amenazada, o podría lesionarse de forma permanente si no recibe atención médica de inmediato.

**Transporte Médico de Emergencia:** transporte de ambulancias al hospital o centro médico más cercano para una afección médica de emergencia.

**Sala de emergencias (Emergency Room, ER) o Departamento de emergencias (Emergency Department, ED):** se refiere a una parte del hospital donde se proporciona diagnóstico y tratamiento de emergencia para enfermedades o lesiones.

**Servicios de Emergencia:** servicios que recibe para tratar su afección médica de emergencia.

**Fórmula Enteral:** nutrición equilibrada especialmente diseñada para la alimentación por sonda de niños.

**Servicios Excluidos:** se refiere a servicios que no son servicios cubiertos según se define en este Acuerdo.

**Audiencia Imparcial:** consulte “Audiencia Estatal Imparcial”.

**Queja Formal:** insatisfacción con su plan de salud, proveedor, atención o servicios. Comuníquese con su plan de salud y dígales que tiene una “queja formal” sobre sus servicios. **Las quejas formales y las apelaciones son diferentes.**

**Servicios y Dispositivos de Habilitación:** servicios de atención de la salud que le ayudan a mantener, aprender o mejorar habilidades y el funcionamiento para la vida diaria.

**Seguro de Salud:** tipo de cobertura de seguro que paga sus costos médicos y de salud. Su cobertura de Medicaid es un tipo de seguro.

**Plan de Salud (o Plan):** la compañía que le proporciona servicios de atención de la salud.

**Atención de la Salud en el Hogar:** ciertos servicios que recibe fuera de un hospital o una residencia para ancianos para ayudar con las actividades de la vida diaria, como servicios de asistencia médica en el hogar, servicios de enfermería especializada o de fisioterapia.

**Servicios de Cuidados Paliativos:** servicios especiales para los pacientes y sus familias durante las últimas etapas de enfermedades terminales y después de la muerte. Los servicios de cuidados paliativos incluyen ciertos servicios físicos, psicológicos, sociales y espirituales que apoyan a los enfermos terminales y a sus familias o cuidadores.

**Atención Hospitalaria de Pacientes Ambulatorios:** servicios que recibe en un hospital u otro entorno médico que no requieren hospitalización.

---

**Hospitalización:** admisión en un hospital para recibir un tratamiento que dura más de 24 horas.

**Proveedor de la Red (o Proveedor Participante):** proveedor que forma parte de la red de proveedores de su plan de salud.

**Institución:** centro o entorno de atención de la salud que puede proporcionar apoyo físico o conductual. Algunos ejemplos incluyen, entre otros, Centros de Atención Intermedia para Personas con Discapacidades del Desarrollo (Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disabilities, ICF-IID), Centros de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) y Hogares de Atención para Adultos (Adult Care Home, ACH).

**Tutor Legal o Persona Legalmente Responsable:** persona designada por un tribunal para tomar decisiones en nombre de una persona que no puede tomar decisiones por sí misma (en la mayoría de los casos, un familiar o amigo a menos que no haya nadie disponible, en cuyo caso se designa a un empleado público).

**Servicios y Apoyos a Largo Plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS):** se refiere a los servicios y apoyos proporcionados a miembros de todas las edades con limitaciones funcionales o enfermedades crónicas cuyo propósito principal es respaldar la capacidad de un miembro para vivir o trabajar en el entorno de su elección, que puede incluir su hogar, un lugar de trabajo, un entorno residencial propiedad o controlado por el proveedor, un centro de enfermería u otro entorno institucional.

**Organización de Atención Administrada (Managed Care Organization, MCO):** se refiere a una entidad que cumple con los requisitos del Título 42, Sección 438.2 del C.F.R. y participa en Turquoise Care bajo contrato con Autoridad de Atención Médica (Health Care Authority, HCA) para ayudar al estado a cumplir con los requisitos establecidos en la Sección 27-2-12 de los Estatutos de New Mexico Anotados (New Mexico Statutes Annotated, NMSA) de 1978.

**Medicaid:** programa de cobertura de salud que ayuda a ciertas familias o personas que tienen bajos ingresos o problemas médicos graves. Se paga con fondos federales, estatales y del condado, y cubre muchos servicios de salud física, conductual y de cuidado a largo plazo.

**Médicamente Necesario:** servicios, tratamientos o suministros necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad, un daño, una afección, una enfermedad o sus síntomas, y que cumplen con los estándares de medicina aceptados.

**Miembro:** persona inscrita y cubierta por un plan de salud.

**Red (o Red de Proveedores):** grupo de médicos, hospitales, farmacias y otros profesionales de atención de la salud que tienen un contrato con su plan de salud para proporcionar servicios de atención de la salud a los miembros.

**Servicios No Cubiertos:** servicios de atención de la salud que no tienen cobertura de su plan de salud.

---

**Transporte Médico para Casos que No Sean de Emergencia (Non-Emergency Medical Transportation, NEMT):** transporte que su plan puede coordinar para ayudarle a ir y volver de sus citas, incluidos vehículos personales, taxis, furgonetas, minibuses, transportes de área de montaña y transporte público.

**Tratamiento en Curso:** cuando un miembro, ante la falta de servicios continuos en un tratamiento o plan de servicio o lo que se le haya indicado a nivel clínico, sufriría un perjuicio grave para su salud o correría el riesgo de hospitalización o institucionalización.

**Afección Especial en Curso:** afección lo suficientemente grave como para requerir tratamiento para evitar la posible muerte o daño permanente. Enfermedad o afección crónica que puede poner en riesgo su vida, que es degenerativa o incapacitante, y requiere tratamiento médico durante un período prolongado. Esta definición también incluye el embarazo en su segundo o tercer trimestre, cirugías programadas, trasplantes de órganos, atención programada como paciente hospitalizado o enfermedad terminal.

**Proveedor Fuerza de la Red (o Proveedor No Participante):** proveedor que no forma parte de la red de proveedores de su plan de salud.

**Cuidados Paliativos:** atención especializada para un paciente y una familia que comienza en el momento del diagnóstico y tratamiento de una enfermedad grave o terminal. Este tipo de atención se centra en proporcionar alivio de los síntomas y el estrés de la enfermedad con el objetivo de mejorar la calidad de vida para usted y su familia.

**Médico:** persona calificada para ejercer la medicina.

**Servicios Médicos:** servicios de atención de la salud que recibe de un médico, personal de enfermería profesional o asistente médico.

**Plan (o Plan de Salud):** compañía que le proporciona servicios de atención de la salud.

**Posnatal:** atención de la salud del embarazo de una madre que acaba de dar a luz.

**Preautorización:** significa la aprobación necesaria antes de recibir la atención. También se llama autorización previa o precertificación.

**Prenatal:** atención de la salud durante el embarazo de mujeres embarazadas antes de dar a luz.

**Cobertura de Medicamentos Recetados:** se refiere a cómo el plan de salud ayuda a pagar los fármacos y los medicamentos con receta de sus miembros.

**Medicamentos Recetados:** fármaco que, por ley, requiere que un proveedor lo solicite antes de que un beneficiario pueda recibirla.

---

**Atención Primaria:** servicios de un proveedor de atención primaria que le ayudan a prevenir enfermedades (controles, vacunas) o a controlar una afección que ya tiene (como la diabetes).

**Proveedor de Atención Primaria (PCP) (o Médico de Atención Primaria):** médico o clínica donde recibe su atención primaria (vacunas, visitas de bienestar, visitas por enfermedad). Su médico de cabecera también debe estar disponible fuera del horario de atención y los fines de semana para proporcionarle asesoramiento médico. También lo refiere a especialistas si lo necesita. No tiene la obligación de llamar a su médico de cabecera antes de ir a la sala de emergencias.

**Autorización Previa (o Preautorización):** aprobación que debe obtener de su plan de salud antes de que pueda recibir o continuar recibiendo ciertos servicios de atención de la salud o medicamentos.

**Proveedor:** profesional de atención médica o centro que brinda servicios de atención de la salud, como un médico, un hospital o una farmacia.

**Red de Proveedores (o Red):** grupo de médicos, hospitales, farmacias y otros profesionales de atención de la salud que tienen un contrato con su plan de salud para proporcionar servicios de atención de la salud a los miembros.

**Referidos:** orden documentada de su proveedor para que usted consulte a un especialista o reciba ciertos servicios médicos.

**Servicios y Dispositivos de Rehabilitación y Terapia:** servicios de atención de la salud y equipos que le ayudan a recuperarse de una enfermedad, un accidente, una lesión o una cirugía. Estos servicios pueden incluir fisioterapia o terapia del habla.

**Límite de Servicio:** cantidad máxima de un servicio específico que se puede recibir.

**Atención de Enfermería Especializada:** servicios de atención de la salud que requieren de personal de enfermería especializado con licencia.

**Especialista:** proveedor que está capacitado y ejerce en un área específica de la medicina.

**Audiencia Imparcial Estatal:** cuando no esté de acuerdo con la resolución de su plan de salud, puede solicitar que el Departamento de Servicios Humanos (Human Services Department, HSD) del estado de New Mexico la revise.

**Trastorno por Consumo de Sustancias:** trastorno médico que incluye el uso indebido o la adicción al alcohol o a las drogas legales o ilegales.

---

**Telesalud:** uso de comunicaciones bidireccionales interactivas de audio y video en tiempo real para proporcionar y apoyar los servicios de atención de la salud cuando los participantes están en diferentes ubicaciones físicas.

**Transición de la Atención:** proceso de asistencia durante el traspaso entre planes de salud o a otro programa Medicaid. El término “transición de atención” también se aplica a la asistencia que se le proporciona cuando su proveedor no está inscrito en el plan de salud.

**Atención de Urgencia:** atención de una afección médica que requiere atención médica inmediata, pero que no es una afección médica de emergencia. Puede recibir atención de urgencia en una clínica sin cita previa por una enfermedad o lesión que no sea potencialmente mortal.

---

# Índice

<b>Aspectos destacados del plan de salud . . . . .</b>	<b><a href="#">15</a></b>
Cómo empezar . . . . .	<a href="#">15</a>
Tarjeta de identificación de miembro . . . . .	<a href="#">17</a>
Beneficios en pocas palabras . . . . .	<a href="#">18</a>
Apoyo al miembro . . . . .	<a href="#">19</a>
Para aquellos que tienen cobertura TANTO de Medicare COMO de Medicaid . . . . .	<a href="#">22</a>
Turquoise Rewards . . . . .	<a href="#">23</a>
Puede comenzar a usar su beneficio de farmacia de inmediato . . . . .	<a href="#">23</a>
Coordinación de la atención . . . . .	<a href="#">25</a>
¿Qué es un defensor de UnitedHealthcare? . . . . .	<a href="#">28</a>
 <b>Visitas al médico . . . . .</b>	 <b><a href="#">29</a></b>
Su médico de cabecera (PCP) . . . . .	<a href="#">29</a>
Controles anuales . . . . .	<a href="#">30</a>
Cómo programar una cita con su médico de cabecera . . . . .	<a href="#">32</a>
Cómo prepararse para su cita con el médico de cabecera . . . . .	<a href="#">33</a>
Servicios de UnitedHealthcare Nurseline: su recurso de información de salud disponible las 24 horas. . . . .	<a href="#">33</a>
Referidos y especialistas . . . . .	<a href="#">34</a>
Cómo obtener una segunda opinión . . . . .	<a href="#">34</a>
Autorizaciones previas. . . . .	<a href="#">35</a>
Requisitos para obtener servicios . . . . .	<a href="#">35</a>
Continuidad de la atención si su médico de cabecera abandona la red. . . . .	<a href="#">36</a>
Transporte . . . . .	<a href="#">36</a>

---

<b>Hospitales y emergencias</b>	<b><u>39</u></b>
Atención de emergencia	<u>39</u>
Atención de urgencia	<u>39</u>
Servicios hospitalarios	<u>40</u>
Atención dental de emergencia	<u>40</u>
Sin cobertura médica fuera de los Estados Unidos	<u>41</u>
 <b>Farmacia</b>	 <b><u>42</u></b>
Medicamentos con receta	<u>42</u>
Medicamentos de venta libre (OTC)	<u>43</u>
Medicamentos con receta	<u>43</u>
Comité de farmacia y terapéutica	<u>43</u>
Asignación restringida de farmacia	<u>44</u>
Asignación restringida de proveedor	<u>45</u>
 <b>Beneficios</b>	 <b><u>46</u></b>
Beneficios estándares cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan	<u>46</u>
Beneficio comunitario	<u>63</u>
Beneficios fuera del plan	<u>68</u>
Community Health Plan: servicios de valor agregado (VAS)	<u>69</u>
Paquete de Beneficios Alternativos (ABP) cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan	<u>86</u>
Manejo de enfermedades y administración de la atención médica	<u>97</u>
Programas de bienestar	<u>98</u>
Servicios de salud conductual	<u>98</u>
Para futuras mamás y niños	<u>99</u>

---

Otros detalles del plan	<a href="#">102</a>
Cómo encontrar un proveedor de la red	<a href="#">102</a>
Directorio de Proveedores	<a href="#">102</a>
Servicios de interpretación y asistencia lingüística	<a href="#">102</a>
Pago de servicios	<a href="#">103</a>
Copagos	<a href="#">104</a>
Exención del ABP	<a href="#">108</a>
Decisiones de Administración de Uso (Utilization Management, UM)	<a href="#">109</a>
Programa de mejoramiento de la calidad	<a href="#">109</a>
¿Qué sucede si deseo una segunda opinión?	<a href="#">109</a>
Opciones especiales para miembros nativos americanos	<a href="#">110</a>
Directrices anticipadas	<a href="#">110</a>
Actualizar su información	<a href="#">113</a>
Centros del Servicio de Salud para Indígenas (IHS) y Tribus	<a href="#">114</a>
Fraude y abuso	<a href="#">118</a>
Reuniones de la Junta de Asesoramiento para Miembros	<a href="#">120</a>
Seguridad y protección contra la discriminación	<a href="#">120</a>
Pautas sobre prácticas clínicas y nueva tecnología	<a href="#">121</a>
Derechos y responsabilidades de los miembros	<a href="#">122</a>
Quejas formales y apelaciones	<a href="#">127</a>
Avisos del Plan de Salud sobre las Prácticas de Privacidad	<a href="#">131</a>

# Aspectos destacados del plan de salud

---

## Cómo empezar

### Servicios para Miembros

Bienvenido a UnitedHealthcare Community Plan. Nos complace brindarle nuestros servicios como miembro de Turquoise Care. Puede llamar a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-877-236-0826**, o **TTY 711**, para que obtener ayuda para resolver problemas, buscar proveedores, recibir materiales en el formato que desee y conectarle con los recursos de su comunidad.

Si le interesa obtener más información sobre UnitedHealthcare, nuestras operaciones, médicos o los planes de incentivos del personal senior, envíe una solicitud por escrito a [nmmemberinfo@uhc.com](mailto:nmmemberinfo@uhc.com).

### Hablamos su mismo idioma

Si usted habla un idioma diferente al inglés, podemos brindarle materiales impresos traducidos. O bien, podemos proporcionarle un intérprete que pueda ayudarle a comprender estos materiales. Encontrará más información sobre los servicios de interpretación y asistencia de idiomas en la sección llamada Otros detalles del plan. O bien, llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-0826**, **TTY 711**.

Si usted habla un idioma que no sea inglés, podemos proporcionarle materiales impresos traducidos. O podemos proporcionar un intérprete que puede ayudar a entender estos materiales. Encontrará más información acerca de servicios de interpretación y asistencia lingüística en la sección Otros detalles del plan. O llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-0826**, **TTY 711**.

### Información sobre su plan

En el Manual para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan, enviado en un correo por separado, podrá encontrar una descripción completa de los beneficios y servicios incluidos en su plan. Puede encontrar el Manual en línea, en [myuhc.com/CommunityPlan/nm](http://myuhc.com/CommunityPlan/nm).

## Aspectos destacados del plan de salud

---

### Buscar un proveedor

Puede acceder a una copia de nuestro Directorio de Proveedores de Community Health Plan en nuestro sitio web, en [myuhc.com/CommunityPlan/nm](http://myuhc.com/CommunityPlan/nm). También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener una copia del directorio. Los proveedores enumerados en el directorio impreso están actualizados desde la fecha que figura en la tapa. El directorio en línea se actualiza con más frecuencia que el directorio impreso.

**Puede acceder al sitio web las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para obtener información sobre el plan.**

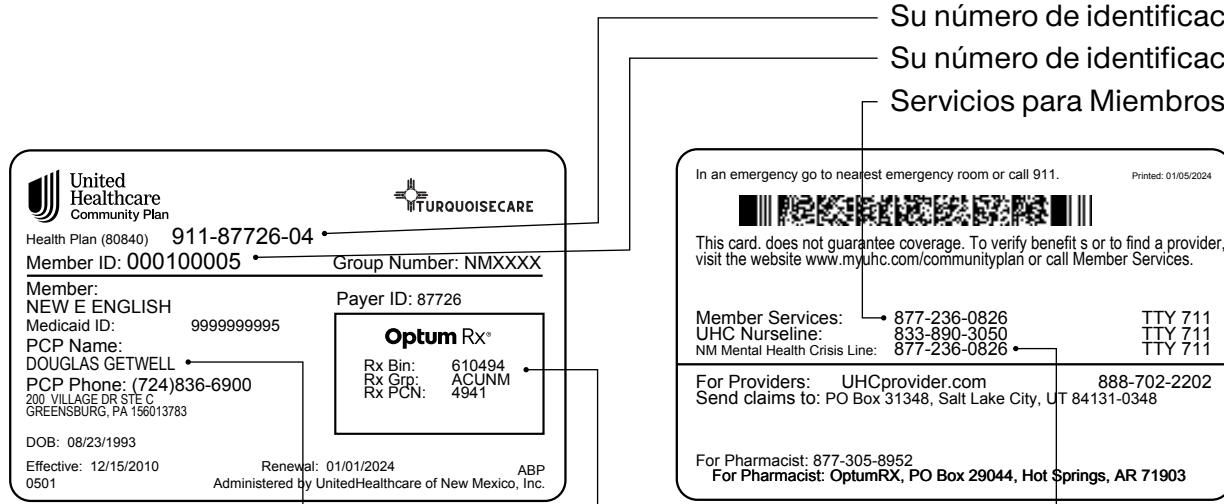
Visite [myuhc.com/communityplan/nm](http://myuhc.com/communityplan/nm) para inscribirse y tener acceso web a su cuenta. Este sitio web seguro contiene toda su información de salud en un solo lugar. Además de los detalles del plan, el sitio incluye herramientas útiles que pueden ayudarle a hacer lo siguiente:

- Imprimir una nueva tarjeta de identificación
- Encontrar un proveedor o farmacia
- Acceder a la Lista de medicamentos y buscar medicamentos en la lista de medicamentos preferidos. Las farmacias de Servicio de Salud para Indígenas y Tribal 638 están exentas de la lista de medicamentos preferidos/Lista de medicamentos.
- Obtener detalles de beneficios
- Descargar un nuevo Manual para Miembros o una copia de la Lista de medicamentos

### Complete su evaluación de riesgo de salud

Una evaluación de riesgo de salud (Health Risk Assessment, HRA) es una encuesta breve y sencilla con preguntas simples sobre su salud y estilo de vida. Esto nos ayuda a conocerle mejor y a conectarle con sus beneficios y servicios. Debe completar su evaluación de riesgo de salud dentro de los primeros 30 días de convertirse en miembro, o tan pronto como pueda. Llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-0826** o TTY **711** para completar su evaluación de riesgo de salud por teléfono. También puede visitar [myuhc.com/communityplan/nm](http://myuhc.com/communityplan/nm) para completar el formulario en línea.

## Tarjeta de identificación de miembro



El nombre de su  
médico de cabecera

Información para  
su farmacéutico

Su número de identificación del plan  
Su número de identificación de miembro  
Servicios para Miembros

Línea para crisis de salud mental

Su tarjeta de identificación de miembro contiene mucha información importante. Le proporciona acceso a sus beneficios cubiertos. Debería haber recibido su tarjeta de identificación de miembro por correo postal dentro de los 20 días posteriores a su incorporación a UnitedHealthcare Community Plan. Cada miembro de la familia tendrá su propia tarjeta. Verifique para asegurarse de que la información sea correcta. Si alguno de los datos es incorrecto, llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-0826, TTY 711**.

- Lleve su tarjeta de identificación de miembro a sus citas
- Muéstrela cuando surta una receta
- Téngala a mano cuando llame a Servicios para Miembros; esto nos ayuda a brindarle un mejor servicio
- No permita que otra persona use sus tarjetas. Esto es ilegal.

**Muestre su tarjeta.** Muestre siempre su tarjeta de identificación de miembro de UnitedHealthcare cuando reciba atención. Esto ayuda a garantizar que reciba todos los beneficios a su disposición y evita errores de facturación.

Lleve su tarjeta de Medicare y su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan a todas las consultas con el médico y las visitas a las farmacias.

# Beneficios en pocas palabras

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, usted tiene a su disposición una variedad de beneficios y servicios de atención de la salud. Esta es una breve descripción general. Encontrará una lista completa en la sección Beneficios.

### Servicios de atención primaria

El médico o la clínica donde recibe su atención primaria (vacunas, visitas de bienestar, visitas por enfermedad). Su médico de cabecera también debe estar disponible fuera del horario de atención y los fines de semana para proporcionarle asesoramiento médico. También lo refiere a especialistas (cardiólogos, proveedores de atención de la salud conductual) si lo necesita. La referencia del médico de cabecera para salud conductual ayuda al miembro a encontrar proveedor. Sin embargo, los miembros pueden autorreferirse a servicios de salud conductual. No se requiere referencia.

### Red de proveedores

Puede elegir cualquier médico de cabecera de nuestra amplia red de proveedores. Nuestra red también incluye especialistas, hospitales y farmacias, y le da gran cantidad de opciones para la atención de la salud. Encuentre una lista completa de proveedores de la red en [myuhc.com/communityplan/nm](http://myuhc.com/communityplan/nm).

### Servicios de especialistas

Su cobertura incluye servicios de especialistas. Los especialistas son médicos o personal de enfermería altamente capacitados para tratar ciertas afecciones. Es posible que primero necesite un referido de su médico de cabecera. Consulte la página 33.

### Medicamentos

Su plan cubre medicamentos con receta para miembros de todas las edades. Además, también cubre insulinas, agujas y jeringas, anticonceptivos, aspirina recubierta para la artritis, píldoras de hierro y vitaminas masticables.

### Servicios de hospital

Usted tiene cobertura para estadías en el hospital. También tiene cobertura para servicios ambulatorios. Estos son servicios que usted recibe en el hospital sin pasar la noche allí.

### Servicios de laboratorio

Los servicios cubiertos incluyen pruebas y radiografías que ayudan a encontrar la causa de una enfermedad.

### Visitas de bienestar del niño

Todas las visitas de bienestar del niño y las inmunizaciones están cubiertas por su plan.

### Atención de maternidad y embarazo

Usted tiene cobertura para las visitas al médico antes y después del nacimiento de su bebé. Esto incluye las estadías en el hospital. En caso de que sea necesario, también cubrimos las visitas domiciliarias después del nacimiento del bebé.

### Planificación familiar

Tiene cobertura para los servicios que le ayuden a gestionar el momento del embarazo. Estos incluyen productos y procedimientos anticonceptivos.

### Atención de la vista

Los beneficios de la vista pueden incluir exámenes de la vista de rutina y anteojos. Sus beneficios pueden diferir según su elegibilidad para Medicaid. Medicaid estándar proporciona una cobertura de la vista más integral, que incluye anteojos para niños, en comparación con. El ABP ofrece atención de la vista limitada, principalmente para miembros de 19 a 20 años; los accesorios para la visión limitados están cubiertos, principalmente, para miembros de 19 a 20 años con afecciones médicas específicas.

March Vision administra sus beneficios oftalmológicos. Puede llamar a Servicios para Miembros al 1-877-236-0826 o visitar el sitio web en [www.marchvisioncare.com](http://www.marchvisioncare.com) para buscar un proveedor de la vista.

### Atención auditiva

Si tiene una discapacidad auditiva, tiene algunos servicios a su disposición.

### Atención dental

Los beneficios dentales están cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan. Sus beneficios pueden diferir según su elegibilidad para Medicaid. Medicaid estándar y el Paquete de Beneficios Alternativos (ABP) cubren servicios dentales esenciales. Los servicios dentales preventivos se cubren en función de un programa de periodicidad.

## Apoyo al miembro

### Niños bajo la tutela del estado (CISC)

Los miembros nativos americanos que estén bajo la tutela del estado (Children in State Custody, CISC) pueden optar por inscribirse en el UnitedHealthcare Community Plan. Todos los miembros de

## Aspectos destacados del plan de salud

---

Turquoise Care del CISC que no sean nativos americanos se inscriben en el Presbyterian Health Plan de conformidad con el contrato del Departamento de Servicios Humanos. Los miembros nativos americanos del CISC cuentan con un equipo comprometido de coordinación de la atención dirigido por un miembro del personal de enfermería registrado (Registered Nurse, RN). Si usted es un miembro nativo americano y selecciona Community Plan, seguiremos nuestro proceso de transición del plan de atención y trabajaremos con su proveedor actual para la continuidad de su atención.

### Solicitudes de cambio y cancelación de la inscripción de los miembros

Puede cambiar a otro plan de atención administrada en cualquier momento si hay una “buena causa”. Usted o su representante deben realizar la solicitud por escrito y enviarla al HSD.

A continuación, se brindan algunos ejemplos de solicitudes especiales que puede hacer.

Community Health Plan of NM Turquoise Care:

- No cubre un servicio por motivos religiosos o morales
- Ha sido sancionado por el HSD
- Los proveedores dentro de la red no están disponibles para proporcionar múltiples servicios de manera simultánea
- No tiene acceso a proveedores dentro de la red para sus necesidades de atención de la salud
- Se mudó fuera del estado
- Atención de mala calidad

La solicitud por escrito de cambio o cancelación de la inscripción debe enviarse al Departamento de Servicios Humanos para su revisión, o puede llamar al número gratuito del Centro de Llamadas de Medicaid de New Mexico al 1-800-283-4465. El Departamento de Servicios Humanos debe revisar y aprobar o rechazar la solicitud a más tardar 60 días antes del inicio de cada período de inscripción.

Si el Departamento de Servicios Humanos no le da una respuesta oportuna, la solicitud está aprobada. Envíe su solicitud por escrito a la siguiente dirección:

HSD Communication and Education Bureau  
P.O. Box 2348  
Santa Fe, NM 87504-2348

Para obtener ayuda con el cambio o la cancelación de la inscripción, llame al Centro de Servicios para Miembros al **1-877-236-0826**, TTY 711. Si el Departamento de Servicios Humanos rechaza su solicitud de cancelación de la inscripción, puede solicitar una audiencia imparcial. Para obtener más información sobre las audiencias imparciales, consulte la página 127.

### Servicios para Miembros está disponible para ayudarle

Puede ayudarle con sus preguntas o inquietudes entre lo que se incluye lo siguiente:

- Comprender sus beneficios
- Recibir ayuda para obtener una tarjeta de identificación de miembro de reemplazo
- Encontrar un médico o una clínica de atención de urgencia

Llame al **1-877-236-0826**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora de la montaña.

### Programa de Coordinación de la Atención

Si tiene una afección médica crónica, como asma o diabetes, puede beneficiarse de nuestro Programa de Coordinación de la Atención. Podemos ayudarle con varias cosas, como programar citas con el médico y mantener a sus proveedores informados sobre la atención que recibe.

Para obtener más información, llame al **1-877-236-0826**, TTY **711**.

### Hay servicios de transporte disponibles

Como miembro de UnitedHealthcare, el transporte que no es de emergencia o el reembolso de millas están disponibles para traslados de ida y vuelta a consultas médicas, de salud conductual y servicios de farmacia. El reembolso de millas está disponible para amigos o familiares que le lleven de ida o de vuelta a consultas médicas, de salud conductual y servicios de farmacia; no recibirá un reembolso por manejar usted mismo. El transporte puede estar limitado a un proveedor cercano a su domicilio. Los traslados a más de 100 millas de ida o de vuelta podrían requerir aprobación previa. UnitedHealthcare permitirá que un familiar o cuidador acompañe a los miembros a su cita, con una aprobación previa de tres días de anticipación. Para programar un traslado o formular preguntas sobre cómo obtener servicios de transporte, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-877-236-0826**, TTY **711**.

### Miembros nativos americanos

Turquoise Care en UnitedHealthcare Community Plan of New Mexico ofrece programas para nuestra población de nativos americanos. Con la ayuda de su equipo dedicado, Community Plan trabajará en colaboración con todos los Pueblos, tribus y la Nación Navajo para garantizar el cumplimiento de las competencias culturales y lingüísticas. Para proporcionar un acceso equitativo a la población de nativos americanos en reservas y en entornos urbanos, trabajaremos con nuestros socios tribales para abordar las desigualdades de salud, promover la igualdad de salud, y desarrollar y mantener la competencia cultural. Los nativos americanos que estén inscritos en Medicaid continuarán teniendo acceso a los Servicios de salud para indígenas, los Centros tribales 638, los Centros de salud para indígenas en entornos urbanos (Indian Health Service, Tribal, Urban, I/T/U) y a nuestra red de proveedores. Para obtener más información, los miembros pueden llamar a Servicios para Miembros al **1-877-236-0826**, TTY **711**.

## Aspectos destacados del plan de salud

---

### Emergencias

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

### Números importantes

Servicios para Miembros . . . . . **1-877-236-0826**

### Recibir atención fuera de New Mexico

Si se encuentra fuera de New Mexico, pero dentro de los Estados Unidos, y necesita servicios de emergencia, diríjase a la sala de emergencias más cercana. Las reclamaciones por servicios médicos o quirúrgicos de emergencia cubiertos y recibidos fuera de New Mexico de proveedores que no tienen un contrato con Turquoise Care también deben presentarse en la dirección que figura en su tarjeta de identificación. Si un proveedor no presentará una reclamación por usted, solicite una factura detallada y complete un formulario de reclamación de la misma manera que lo haría por los servicios recibidos de cualquier otro proveedor fuera de la red.

Si visita a un proveedor fuera del estado para servicios que no sean de emergencia, primero debe recibir una autorización previa. Si no obtiene una autorización previa, los servicios no estarán cubiertos.

## Para aquellos que tienen cobertura TANTO de Medicare COMO de Medicaid

### Si tiene Medicare y Medicaid

Si tiene Medicare y Medicaid, tiene más de una cobertura de seguro:

- Medicare se considera su seguro principal
- Turquoise Care (Medicaid) es su seguro secundario

**Sus beneficios de Turquoise Care no cambiarán los beneficios de su seguro primario. Su coordinador de atención le ayudará a trabajar con su seguro primario para organizar su atención de la salud.**

Si tiene Medicare y Turquoise Care, la Parte D de Medicare cubrirá sus medicamentos (usted aún será responsable de los copagos de la Parte D de Medicare), a menos que viva en un centro de enfermería. Si tiene Medicare, puede usar su médico actual. Puede obtener los servicios de especialidades de Medicare sin la aprobación de Turquoise Care.

Trabajaremos con su médico para los servicios que obtiene mediante Turquoise Care. Podemos ayudarle a elegir un médico si no tiene ninguno. Este médico puede establecer sus servicios de Turquoise Care y Medicare. Si está inscrito en Medicare Advantage Plan, su médico de cabecera (PCP) es su médico de Medicare Advantage.

No necesita elegir a otro proveedor de atención primaria para Turquoise Care. Medicare o su Medicare Advantage Plan pagarán sus servicios antes que Turquoise Care. Es posible que Turquoise Care cubra algunos servicios que Medicare no cubre.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-0826**. Para personas con problemas de audición, marque **711** para recibir el servicio TTY.

## Turquoise Rewards

El programa Turquoise Rewards forma parte de Turquoise Care de New Mexico. Turquoise Rewards le permite ganar puntos por completar ciertas actividades de salud. Puede usar sus puntos de recompensa para comprar muchos artículos divertidos y saludables en el catálogo de Turquoise Rewards.

Por ejemplo, puede ganar puntos de recompensa por hacer lo siguiente:

- Asistir a un control anual con su proveedor de atención primaria.
- Recibir una vacuna contra la gripe.
- Hacerse exámenes de salud, como mamografías y exámenes de detección de cáncer de cuello uterino, entre otros.
- Cumplir con el calendario de vacunación de sus hijos.
- ...¡Y mucho más!

Visite [turquoiserewards.com](http://turquoiserewards.com) para consultar todas las actividades elegibles.

Como miembro de Turquoise Care, se le inscribe automáticamente en Turquoise Rewards. Para obtener más información o para usar sus puntos de recompensa, visite [turquoiserewards.com](http://turquoiserewards.com). También puede llamar al **1-877-806-8964** (TTY **1-844-488-9722**), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., hora de la montaña.

Los puntos de recompensa no tienen valor en efectivo y solo se pueden utilizar para comprar artículos en el catálogo de recompensas. Se aplican exclusiones y restricciones.

Estos servicios son parcialmente proporcionados por el estado de New Mexico.

## Puede comenzar a usar su beneficio de farmacia de inmediato

Su plan cubre una extensa lista de medicamentos o medicamentos recetados. Los medicamentos cubiertos se muestran en la Lista de medicamentos preferidos del plan. Su médico utiliza esta lista

## Aspectos destacados del plan de salud

---

para asegurarse de que los medicamentos que usted necesita estén cubiertos por su plan. Puede encontrar la Lista de medicamentos preferidos en línea, en [myuhc.com/communityplan/nm](http://myuhc.com/communityplan/nm). También puede buscar por nombre de un medicamento en el sitio web. Comenzar a surtir sus recetas es fácil. Aquí le mostramos cómo:

### 1. ¿Sus medicamentos están incluidos en la Lista de medicamentos preferidos?

#### Sí

Si sus medicamentos están incluidos en la Lista de medicamentos preferidos, no hay nada por hacer. Asegúrese de mostrarle a su farmacéutico su nueva tarjeta de identificación de miembro cada vez que surta sus medicamentos con receta.

#### No

Si sus medicamentos con receta no están en la Lista de medicamentos preferidos, programe una cita con su médico dentro de los próximos 30 días. Es posible que pueda ayudarle a cambiar a un medicamento que esté en la Lista de medicamentos preferidos. Su médico también puede solicitar una excepción si cree que necesita un medicamento que no está en la lista.

#### No sabe

Consulte la Lista de medicamentos preferidos en línea, en [myuhc.com/communityplan/nm](http://myuhc.com/communityplan/nm). También puede comunicarse con Servicio para Miembros. Estamos aquí para ayudarle.

### 2. ¿Tiene una receta?

Cuando tenga una receta de su médico o necesite resurtir su receta, vaya a una farmacia de la red. Muestre al farmacéutico su tarjeta de identificación de miembro. Puede encontrar una lista de farmacias de la red en el Directorio de Proveedores en línea, en [myuhc.com/communityplan/nm](http://myuhc.com/communityplan/nm), o puede llamar a Servicio para Miembros.

### 3. ¿Necesita renovar un medicamento que no está en la Lista de medicamentos preferidos?

Si necesita renovar medicamentos que no están en la Lista de medicamentos preferidos (las farmacias de Servicio de Salud para Indígenas y Tribal 638 están exentas de la lista de medicamentos preferidos/Lista de medicamentos), puede obtener un suministro temporal para 3 días. Para hacerlo, visite una farmacia de la red y muestre su tarjeta de identificación de miembro. Si no tiene su tarjeta de identificación de miembro, puede mostrarle al farmacéutico la siguiente información. Hable con su médico sobre sus opciones de medicamentos con receta.

### Información importante para el farmacéutico

Procese la reclamación de este miembro de UnitedHealthcare Community Plan usando lo siguiente:

**N.º de identificación del beneficio:** 610494

**Número de control del procesador:** 4941

**Grupo:** ACUNM

Si recibe un mensaje que indique que el medicamento del miembro requiere una autorización previa o que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos, llame a OptumRx® al **1-877-305-8952** para anular la restricción del suministro temporal.

## Coordinación de la atención

Coordinación de la atención le ayudará a acceder a la atención que necesita. UnitedHealthcare Community Plan tiene coordinadores de atención para todos los miembros en Turquoise Care. Los coordinadores de atención le ayudan a satisfacer sus necesidades de salud. Un coordinador de atención es su principal punto de contacto. Lo podrán contactar por teléfono o en persona, dependiendo de su nivel de necesidad. Un coordinador de atención no brinda servicios de atención directa, como atención de la salud en el hogar, preparación de comidas, terapia, etc. Un coordinador de atención es alguien que evalúa cuáles son sus necesidades de salud física o conductual, y trabaja directamente con usted y su familia con el fin de que se le proporcionen los servicios necesarios para mejorar su salud. Los miembros pueden autorreferirse a servicios de salud conductual.

Asimismo, puede comunicarse con un especialista en apoyo de salud conductual para pares, que es una persona que tiene experiencia personal con el tipo de problemas que pueden resultarle difíciles de superar.

### ¿Cómo obtengo un coordinador de atención?

Se hará una evaluación de su salud por teléfono. Si determinamos que necesita más asistencia, se le asignará un coordinador de atención. Este se comunicará con usted por teléfono. Si no logra comunicarse con usted, el coordinador le enviará una carta.

### ¿Cómo puedo comunicarme con mi coordinador de atención?

Llame a su coordinador de atención al **1-877-236-0826**. Una vez que se le asigne un coordinador de atención, podrá comunicarse directamente con este con la frecuencia que sea necesaria.

## Aspectos destacados del plan de salud

---

### ¿Qué sucede si deseo un nuevo coordinador de atención?

Si desea cambiar de coordinador, llame al **1-877-236-0826**. Le podemos asignar uno nuevo. Nos aseguraremos de que sepa cómo comunicarse con él o ella.

**Nota:** Tiene derecho a rechazar los servicios de un coordinador de atención.

## Trabajar con su médico

- Si no tiene un médico de cabecera, su coordinador de atención le ayudará a encontrar uno
- Su coordinador puede asegurarse de que su médico de cabecera y otros proveedores estén trabajando con usted
- Se le informa a su médico de cabecera sobre cualquier evaluación y examen de detección que haya tenido
- Con su permiso o consentimiento, se enviará una copia de su plan de atención a su médico de cabecera
- Su coordinador trabaja con su médico de cabecera para asegurarse de que usted participe en programas que pueden mejorar su salud
- Su coordinador también puede trabajar con sus especialistas para compartir sus hallazgos con su médico de cabecera. En la **mayoría** de los casos, se **necesitará** su permiso.
- Su coordinador de atención trabajará con su médico de cabecera para garantizar que reciba los servicios que necesita cuando se le dé el alta hospitalaria
- Su médico de cabecera puede referirlo a otros médicos o especialistas que necesite, incluidos los servicios de salud conductual. La referencia del médico de cabecera para salud conductual ayuda al miembro a encontrar proveedor. Sin embargo, los miembros pueden autorreferirse a servicios de salud conductual. No se requiere referencia.

## Manejo de enfermedades y casos complejos

Nuestros coordinadores de la atención pueden ayudarle a manejar sus afecciones médicas y de salud conductual. Viven y trabajan en su comunidad. Entienden sus problemas. Trabajaran junto a usted y a sus médicos con el fin de ayudarle a recibir la atención que necesita.

### Nuestros coordinadores pueden ayudarle con lo siguiente:

- Obtener información que le ayude a cuidar su salud
- Obtener ayuda de un especialista en apoyo de salud conductual para pares
- Aprender cómo cuidarse
- Buscar un especialista en salud conductual en su área

- Encontrar un médico de cabecera, un especialista o un centro de atención de urgencia
- Programar citas
- Ir y volver de las visitas al médico, las visitas a la farmacia y las visitas de salud conductual
- Solicitar suministros médicos y coordinar la atención de la salud en el hogar para usted
- Buscar recursos comunitarios y apoyo de pares y familiares
- Brindarle recursos para ayudarle a dejar de fumar
- Proporcionarle información sobre afecciones específicas

**Los coordinadores de la atención pueden ayudarle con lo siguiente:**

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Asma</li><li>• Depresión</li><li>• Diabetes</li><li>• Insuficiencia cardíaca congestiva<br/>(Congestive Heart Failure, CHF)</li><li>• Enfermedad pulmonar obstructiva crónica<br/>(EPOC)</li><li>• Arteriopatía coronaria<br/>(Coronary Artery Disease, CAD)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Enfermedad pulmonar</li><li>• Embarazo</li><li>• Presión arterial alta</li><li>• Obesidad</li><li>• Necesidades especiales</li><li>• Trasplantes e información sobre su afección y recuperación y resiliencia</li><li>• Cualquier otra afección que requiera administración de casos</li></ul> |
|--|--|

## **¿Qué es un defensor de UnitedHealthcare?**

### **Su defensor:**

- Es una parte neutral y un defensor de miembros. El defensor trabajará directamente con el miembro para investigar y abordar sus inquietudes.
- Es un recurso para encontrar una solución
- Trabajará con los miembros para ayudarles a comprender sus derechos y sus responsabilidades

### **¿Cuáles son las limitaciones del defensor?**

- No presentará apelaciones ni quejas en nombre de los miembros
- No tiene autoridad para anular políticas ni procedimientos
- No tomará decisiones por los miembros
- Los miembros tienen derecho a rechazar los servicios del defensor. Una excepción que justificaría la continuidad de los servicios del defensor sin el consentimiento del miembro sería un evento que amenazara la vida del miembro o de los demás. Si esto ocurre, el defensor informará dicho evento.

### **Información de contacto para los miembros:**

El número de teléfono directo de la oficina de defensoría es **1-877-236-0826**, TTY 711.

### **¿Cómo puede un miembro comunicarse con su defensor de UnitedHealthcare?**

- Por correo electrónico: [NM\\_Ombudsman@uhc.com](mailto:NM_Ombudsman@uhc.com)
- Por teléfono: Llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-0826** o al **TTY 711** para las personas con problemas de audición

# Visitas al médico

---

## Su médico de cabecera (PCP)

Llamamos al médico, personal de enfermería o asistente médico principal que usted visita médico de cabecera o PCP. Con el tiempo, cuando acude al mismo médico de cabecera, es fácil entablar una relación con esa persona. Cada familiar puede tener su propio médico de cabecera, o todos pueden elegir acudir a la misma persona. Consultará a su médico de cabecera en los siguientes casos:

- Atención de rutina, incluidos chequeos anuales
- Coordinación de su atención con un especialista
- Tratamiento de sus necesidades de atención de la salud crónica y cualquier cambio que se produzca en su salud
- Otras inquietudes sobre su salud

### Tiene opciones

Puede elegir su médico de cabecera entre muchos tipos de proveedores de la red. Algunos tipos de médicos de cabecera incluyen lo siguiente:

- Médico de familia (también llamado médico general): atiende a niños y adultos
- Ginecólogo (Gynecologist, GYN): atiende a mujeres
- Médico de medicina interna (también llamado internista): atiende a adultos
- Personal de enfermería practicante (Nurse Practitioner, NP): atiende a niños y adultos
- Obstetra (Obstetrician, OB): atiende a mujeres embarazadas
- Pediatra: atiende a niños
- Asistente médico (Physician Assistant, PA): atiende a niños y adultos

### ¿Qué es un proveedor de la red?

Los proveedores de la red tienen un contrato con UnitedHealthcare Community Plan para brindarles atención a nuestros miembros. No necesita llamarnos antes de ver a uno de estos proveedores. Puede haber ocasiones en las que necesite obtener servicios fuera de nuestra red. Llame a Servicios para Miembros para saber si están cubiertos en su totalidad. Es posible que usted tenga que pagar esos servicios.

## Visitas al médico

---

### Cómo elegir a su médico de cabecera

Si consultó a un médico antes de ser miembro de UnitedHealthcare, verifique si pertenece a nuestra red. Si está buscando un nuevo médico de cabecera, considere elegir uno que esté cerca de su hogar o trabajo. Esto puede hacer que sea más fácil llegar a las citas.

Hay tres maneras en las que puede encontrar el médico de cabecera adecuado para usted.

1. Utilice la herramienta de búsqueda de médicos “Doctor Lookup” en [myuhc.com/communityplan/nm](http://myuhc.com/communityplan/nm).
2. Consulte nuestro Directorio de Proveedores impreso.
3. Llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-0826**, TTY **711**. Podemos responder sus preguntas y ayudarle a encontrar un médico de cabecera en su área.

Una vez que elija un médico de cabecera, llame a Servicios para Miembros y avísenos.

Nos aseguraremos de que sus registros estén actualizados. Si no desea elegir un médico de cabecera, UnitedHealthcare elegirá uno por usted, según su ubicación e idioma.

### Cómo cambiar su médico de cabecera

Es importante que su médico de cabecera le agrade y que confíe en él. Puede cambiar su médico de cabecera cuando lo desee. Llame a Servicios para Miembros para ayudarle a hacer el cambio.

#### Más información sobre los médicos de la red

Puede obtener información sobre médicos de la red, como certificaciones de juntas directivas e idiomas que hablan, en [myuhc.com/communityplan/nm](http://myuhc.com/communityplan/nm) o llamando a Servicios para Miembros.

## Controles anuales

### La importancia de su chequeo anual

Usted no tiene que estar enfermo para visitar a su médico. De hecho, los chequeos anuales con su médico de cabecera pueden ayudarle a mantenerse saludable. Además de controlar su salud general, su médico de cabecera se asegurará de que reciba los exámenes de detección, las pruebas y las vacunas que necesita. Además, si hay un problema de salud, generalmente es mucho más fácil tratarlo cuando se detecta temprano.

Estos son algunos exámenes de detección importantes. La frecuencia con la que se realiza un examen de detección se basa en su edad y en sus factores de riesgo. Hable con el médico sobre lo que es adecuado para usted.

- Control de la presión arterial
- Peso
- Revisión de los factores de riesgo de cardiopatías
- Prueba de detección de cáncer de colon
- Revisión de sus medicamentos

### Para mujeres

- Prueba de Papanicolaou: ayuda a detectar el cáncer de cuello uterino
- Examen de mamas/Mamografía: ayuda a detectar el cáncer de mama

### Para hombres

- Examen de testículos: ayuda a detectar el cáncer testicular
- Examen de próstata: ayuda a detectar el cáncer de próstata

### Visitas de bienestar del niño

Las visitas de bienestar del niño son un momento en el que su médico de cabecera evalúa el crecimiento y el desarrollo de su hijo.

Durante estas visitas, también le harán exámenes necesarios, como pruebas de habla y audición, y se le aplicarán vacunas. Estas visitas de rutina también son un excelente momento para que haga cualquier pregunta que tenga sobre la conducta y el bienestar general de su hijo, incluso aquellas relacionadas con los siguientes temas:

- Hábitos alimenticios
- Hábitos de sueño
- Conducta
- Interacciones sociales
- Actividad física

### Calendario de control de la salud de niños

#### Menor de 1 año:

- 3 a 5 días
- 1 mes
- 2 meses
- 4 meses
- 6 meses
- 9 meses

#### De 1 año a 30 meses:

- 12 meses
- 15 meses
- 18 meses
- 24 meses
- 30 meses

#### De 3 a 20 años:

- Cada año

## Visitas al médico

---

A continuación se detallan las vacunas que el médico probablemente le administrará a su hijo y una explicación de cómo lo protegen:

- **Hepatitis A y hepatitis B:** previenen dos infecciones frecuentes del hígado
- **Rotavirus:** protege contra un virus que causa diarrea grave
- **Difteria:** previene una peligrosa infección de garganta
- **Tétano:** previene una peligrosa neuropatía
- **Tos ferina:** previene la tos convulsiva
- **HiB:** previene la meningitis infantil
- **Meningocócica:** previene la meningitis bacteriana
- **Polio:** previene un virus que causa parálisis
- **MMR:** previene el sarampión, las paperas y la rubéola (o sarampión alemán)
- **Varicela:** previene la varicela
- **Gripe:** protege contra el virus de la gripe
- **Neumocócica conjugada:** previene las infecciones de oído, las infecciones de la sangre, la neumonía y la meningitis bacteriana
- **HPV:** protege contra un virus de transmisión sexual que puede causar cáncer de cuello uterino en mujeres y verrugas genitales en hombres
- **COVID-19:** la vacuna ayuda a reducir el riesgo de la enfermedad por COVID-19
- **VRS:** protege de enfermarse por Virus Respiratorio Sincitial

## Cómo programar una cita con su médico de cabecera

Llame directamente al consultorio de su médico. El número debería aparecer en su tarjeta de identificación de miembro. Cuando llame para programar una cita, asegúrese de informarle al personal del consultorio el motivo por el que acudirá. Esto le ayudará a asegurarse de que recibe la atención que necesita, cuando la necesita. Esta es la rapidez con la que puede esperar ser atendido:

### Cuánto tiempo debería llevarle ver a su médico de cabecera:

<b>Emergencia</b>	Inmediatamente o se le envía a un centro de emergencia
<b>Urgencia (pero no una emergencia)</b>	En un plazo de 1 día o 24 horas
<b>Rutina</b>	Dentro de los 14 días
<b>Preventivo, bienestar del niño y regular</b>	En un plazo de 1 mes

## Cómo prepararse para su cita con el médico de cabecera

### Antes de la visita

1. Vaya sabiendo lo que quiere obtener de la visita (alivio de los síntomas, referido a un especialista, información específica, etc.).
2. Tome nota de cualquier síntoma nuevo y cuándo comenzó.
3. Haga una lista de los medicamentos o vitaminas que toma habitualmente.

### Durante la visita

Cuando esté con el médico, no dude en hacer lo siguiente:

- Plantear preguntas
- Tomar notas si le ayudan a recordar
- Pedirle a su médico que hable despacio o que le explique si hay algo que no comprende
- Pedir más información sobre los medicamentos, los tratamientos o las afecciones

## Servicios de UnitedHealthcare Nurseline: su recurso de información de salud disponible las 24 horas

Cuando está enfermo o sufre una lesión, puede ser difícil tomar decisiones sobre su atención de la salud. Quizá no sepá si acudir a la sala de emergencias, ir a un centro de atención de urgencia, programar una cita con un proveedor o practicar cuidado personal. El personal de enfermería de UnitedHealthcare Nurseline cuenta con mucha experiencia y puede ofrecerle información para ayudarle a tomar una decisión.

El personal de enfermería puede ofrecer información y apoyo para muchas situaciones e inquietudes relacionadas con la salud, entre ellas:

- |  |   |
|--|---|
| • Lesiones menores                                       | • Prevención de enfermedades            |
| • Enfermedades frecuentes                                | • Nutrición y actividad física          |
| • Consejos de cuidado personal y opciones de tratamiento | • Preguntas para hacerle a su proveedor |
| • Diagnósticos recientes y afecciones crónicas           | • Administración segura de medicamentos |
| • Cómo optar por la atención médica adecuada             | • Salud de hombres, mujeres y niños     |

## Visitas al médico

---

Quizás solo siente curiosidad por un problema de salud y quiera saber más. El personal de enfermería registrado con experiencia puede ofrecerle información, apoyo y educación para cualquier pregunta o inquietud relacionada con la salud.

Simplemente llame al número gratuito **1-833-890-3050** o al TTY **711** para las personas con problemas de audición. Puede llamar al número gratuito de UnitedHealthcare Nurseline en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. No hay límites respecto de la cantidad de veces que puede llamar.

## Referidos y especialistas

Un referido es cuando su médico de cabecera le indica que usted necesita ir a otro médico que se especializa en la atención de ciertas partes del cuerpo o trata una afección específica. Este otro médico se denomina especialista. Puede consultar a cualquier especialista dentro de nuestra red sin un referido. Si su médico quiere que visite a un especialista que usted no desea ver, puede pedirle a su médico de cabecera que le dé el nombre de otro profesional. A continuación se describen algunos ejemplos de especialistas:

- Cardiólogo: para problemas del corazón
- Neumólogo: para problemas pulmonares y respiratorios

### No necesita un referido de su médico de cabecera para lo siguiente:

- Atención de urgencia
- Servicios de emergencia
- Salud mental
- Adicción a las drogas
- Pruebas y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS): incluye examen anual y hasta cinco visitas al ginecólogo (GYN) por año
- Exámenes de la vista de rutina
- Clases de educación: incluye clases para padres, para dejar de fumar y sobre el nacimiento

## Cómo obtener una segunda opinión

Una segunda opinión es cuando usted desea consultar a un segundo médico por la misma inquietud de salud. Puede obtener una segunda opinión de un proveedor de la red sin costo para cualquiera de sus beneficios cubiertos. Esto es una elección personal. No es necesario que obtenga una segunda opinión.

## Autorizaciones previas

En algunos casos, su proveedor debe obtener permiso del plan de salud antes de brindarle determinado servicio. Esto se conoce como autorización previa. Obtenerla es responsabilidad de su proveedor. Si él no obtiene la autorización previa, usted no podrá recibir esos servicios.

No necesita autorización previa para los servicios avanzados de diagnóstico por imágenes que se realizan en una sala de emergencias, unidad de observación, centro de atención de urgencia o durante una hospitalización. No necesita una autorización previa para recibir atención de emergencia o urgencia ni tampoco la necesita para ver a un proveedor de atención médica de la mujer para recibir servicios de salud de la mujer o si está embarazada.

## Requisitos para obtener servicios

### ¿Qué significa autorización previa?

Es posible que necesite una autorización previa para obtener algunos servicios en virtud de Turquoise Care. Su proveedor trabaja con UnitedHealthcare Community Plan para obtener una autorización previa. Se necesita una autorización previa si recibe servicios de un proveedor que no pertenece a la red de Turquoise Care de UnitedHealthcare Community Plan. No necesita autorización previa en caso de emergencia o para visitar a un médico si está embarazada.

Podrá necesitar autorización previa para estos servicios:

- Salud conductual para pacientes hospitalizados
- Servicios de atención de un auxiliar
- Salud conductual
- Servicios de transición comunitaria
- Equipo y suministros médicos
- Sistema de respuesta a emergencias (en el hogar)
- Modificaciones ambientales
- Salud en el hogar
- Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados
- Centros de enfermería
- Terapia ocupacional
- Fisioterapia
- Enfermería privada
- Prótesis y ortopedia
- Relevo
- Terapia del habla
- Trasplante
- Cirugías ambulatorias

Llame a Servicios para Miembros o a su coordinador de atención si tiene alguna pregunta sobre la autorización previa.

## **Visitas al médico**

---

**Atención:** Los nativos americanos y los nativos de Alaska que reciben atención en centros de operación tribal u operados por el Servicio de Salud para Indígenas (Indian Health Service, IHS) no necesitan una autorización previa. Todos los programas IHS y 638 se consideran proveedores dentro de la red.

### **¿Qué sucede si deseo una segunda opinión?**

Puede recibir en forma gratuita una segunda opinión respecto de su atención médica por parte de un proveedor de la red o, si no hay uno disponible, de un proveedor que no pertenezca a la red. Comuníquese con su proveedor de atención primaria o con su coordinador de atención. También puede comunicarse con Servicio para Miembros.

### **Opciones especiales para miembros nativos americanos**

Los miembros nativos americanos pueden dirigirse a un centro de atención médica del Indian Health Service (IHS) o una instalación de atención de la salud para tribus. No se necesita referido ni autorización previa.

## **Continuidad de la atención si su médico de cabecera abandona la red**

A veces, los médicos de cabecera abandonan la red. Si esto sucede con el suyo, recibirá una carta de nuestra parte donde se le informará al respecto. En ocasiones, UnitedHealthcare Community Plan pagará para que usted obtenga los servicios cubiertos de los médicos durante un breve período después de que estos se retiren de la red. Podría obtener continuidad de la atención y del tratamiento cuando su médico abandona la red si está recibiendo tratamiento activo por un problema médico grave. Por ejemplo, puede reunir los requisitos si recibe quimioterapia para el cáncer o si está embarazada de al menos seis meses cuando su médico abandona la red. Para solicitarlo, comuníquese con su médico. Pídale que le solicite una autorización a UnitedHealthcare para la continuidad de la atención y del tratamiento.

## **Transporte**

UnitedHealthcare Community Plan coordina su beneficio de transporte. Ofrece transporte de rutina a citas médicas, dentales y de salud conductual y para recoger sus medicamentos con receta en una farmacia cercana. Puede comunicarse con un representante de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. La línea de reservas está cerrada los feriados nacionales y los fines de semana.

### ¿Cómo hago para programar un traslado?

Debe llamar al menos 3 días hábiles antes de su cita. Los tres días hábiles no incluyen fines de semana, feriados o el día en que llama. Puede llamar para pedir un traslado hasta dos semanas antes de la cita. Debe tener la fecha, hora y dirección de la cita médica o de salud conductual.

- Disponible de lunes a viernes
- De 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora de la montaña
- Cerrado los sábados y domingos
- Cerrado los días feriados nacionales
- Las llamadas para solicitar traslados para citas urgentes, en el mismo día, por alta hospitalaria y Ride Assist se atienden las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año al **1-877-236-0826**.
  - Reserva: **1-877-236-0826**
  - Ride Assist (Where's My Ride?): **1-877-236-0826**
  - Problemas de audición (TTY): **1-877-236-0826**

### Estos son ejemplos de situaciones en las que podría necesitar transporte urgente:

- Altas hospitalarias
- Citas de seguimiento
- Citas preoperatorias
- Admisiones
- Cirugía ambulatoria
- Citas para nuevas afecciones médicas que deben ser evaluadas
- Diálisis
- Quimioterapia
- Radiación

### ¿Ofrecen reembolso por combustible o millas?

El plan ofrece reembolso de millas si un amigo, un familiar u otra persona proporciona el transporte al miembro; no recibirá un reembolso por manejar usted mismo. Si el miembro usa transporte público, podrá presentar el pase de autobús con su formulario de reembolso. Debe hablar con un representante de UnitedHealthcare Community Plan antes de su cita. Le enviarán un formulario de cupón con indicaciones. Para obtener el reembolso:

- Los traslados a más de 100 millas de ida o de vuelta requieren aprobación previa.
- El proveedor que usted consulta debe completar el formulario o adjuntar una nota médica

## **Visitas al médico**

---

- Usted es responsable de reenviar la documentación a UnitedHealthcare Community Plan para obtener el pago
- Si tiene recibos para el reembolso, haga copias e inclúyalos con su documentación cuando la reenvíe a UnitedHealthcare Community Plan

### **¿Qué ocurre si necesito visitar a un proveedor en otra ciudad?**

Es posible que necesite visitar a un proveedor en otra ciudad o estado si no hay uno en su ciudad. Organice con su coordinador de atención el transporte o alojamiento a través de UnitedHealthcare Community Plan. Los servicios deben ser médicalemente necesarios y se debe obtener una aprobación previa antes de visitar a un proveedor fuera de la red Turquoise Care de UnitedHealthcare Community Plan.

**Nota:** Se utilizará el medio de transporte más económico. Por ejemplo: taxi, camioneta para silla de ruedas (si corresponde) o autobús.

### **¿Qué sucede si tengo que permanecer en otra ciudad hasta el día siguiente?**

La cita debe ser en un lugar que se encuentre al menos a 4 horas de su residencia principal y debe ser médicalemente necesaria. Hable con su coordinador de atención para hacer los arreglos necesarios para su alojamiento y asegúrese de que UnitedHealthcare Community Plan reciba una notificación por anticipado. UnitedHealthcare Community Plan le enviará un formulario de cupón con instrucciones para recibir reembolsos de gastos de comida.

**No todas las citas califican para este servicio.**

# Hospitales y emergencias

## Atención de emergencia

Las salas de emergencias de los hospitales ofrecen tratamiento de emergencia para traumatismos, lesiones graves y síntomas potencialmente mortales. Algunos motivos para ir a la sala de emergencias incluyen los siguientes:

- Enfermedades graves
- Fracturas óseas
- Ataques cardíacos
- Intoxicación
- Cortes o quemaduras graves

UnitedHealthcare Community Plan cubre cualquier atención de emergencia que reciba en los Estados Unidos y en sus territorios. En el plazo de las 24 horas posteriores a su visita, llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-0826**, TTY **711**.

### **¡No espere!**

Si necesita atención de emergencia, llame al **911** o diríjase al hospital más cercano. Los miembros que estén sufriendo una crisis de salud mental o una emergencia deben llamar al 988. No se necesita autorización previa para servicios de emergencia.

## Atención de urgencia

Las clínicas de atención de urgencia están a su disposición cuando necesita ver a un médico por una afección que no pone en peligro la vida, pero su médico de cabecera no está disponible o el horario de atención de la clínica ha finalizado. Los problemas de salud frecuentes ideales para la atención de urgencia incluyen:

- |                                   |             |
|-----------------------------------|-------------|
| • Dolor de garganta               | • Gripe     |
| • Infecciones de oído             | • Febrícula |
| • Cortaduras o quemaduras menores | • Esguinces |

## Hospitales y emergencias

---

Si usted o sus hijos tienen un problema urgente, llame a su médico de cabecera primero. Su médico puede ayudarle a obtener la atención adecuada. Es posible que su médico le indique que acuda a la clínica de atención de urgencia o a la sala de emergencias.

### Planificar con antelación

Es bueno saber qué clínica de atención de urgencia está más cerca de usted. Puede encontrar una lista de clínicas de atención de urgencia en su Directorio de Proveedores. O bien, puede llamar a Servicios para Miembros al **1-877-236-0826, TTY 711**.

## Servicios hospitalarios

Hay ocasiones en las que su salud puede requerir que vaya al hospital. Hay servicios hospitalarios tanto para pacientes internados como para pacientes ambulatorios.

Los **servicios para pacientes ambulatorios** incluyen radiografías, análisis de laboratorio y cirugías menores. Su médico de cabecera le dirá si necesita servicios ambulatorios. En el consultorio de su médico, pueden ayudarle a programarlos.

Los **servicios para pacientes internados** requieren que pase la noche en el hospital. Estos servicios pueden incluir el tratamiento de enfermedades graves, intervenciones quirúrgicas o el nacimiento de un bebé.

Los servicios para pacientes internados requieren que sea admitido (lo que se denomina admisión hospitalaria) en el hospital. El hospital se pondrá en contacto con UnitedHealthcare Community Plan y pedirá autorización para su atención.

### Visitas al hospital

Solo debe ir al hospital si necesita atención de emergencia o si su médico le indica que vaya.

## Atención dental de emergencia

Su plan cubre los servicios de atención dental de emergencia que reciba para controlar el dolor, la hemorragia o la infección.

## Sin cobertura médica fuera de los Estados Unidos

Si se encuentra fuera de los Estados Unidos y necesita atención médica, los servicios de atención de la salud que reciba no estarán cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan. Medicaid no puede pagar los servicios médicos que reciba fuera de los Estados Unidos.

# Farmacia

---

## Medicamentos con receta

### Sus beneficios incluyen medicamentos con receta

UnitedHealthcare Community Plan cubre cientos de medicamentos recetados de cientos de farmacias. La lista completa de medicamentos cubiertos se incluye en la Lista de medicamentos preferidos. Puede surtir sus medicamentos con receta en cualquier farmacia de la red. Todo lo que debe hacer es mostrar su tarjeta de identificación de miembro.

### Medicamentos genéricos y de marca

UnitedHealthcare Community Plan recomienda que todos los miembros usen medicamentos genéricos cuando sea posible. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes que los medicamentos de marca; a menudo cuestan menos, pero funcionan igual.

En algunos casos, se cubren medicamentos de marca. Algunos de estos medicamentos pueden requerir información específica de su proveedor o una autorización previa de UnitedHealthcare Community Plan.

Si tiene Turquoise Care de UnitedHealthcare Community Plan y Medicare, su plan de la Parte D de Medicare cubrirá la mayoría de sus medicamentos. Existen algunos medicamentos de venta libre que no están cubiertos por la Parte D, pero que Turquoise Care puede cubrir. Consulte la lista de productos de farmacia del estado.

### ¿Qué es la Lista de Medicamentos Preferidos?

Es una lista de medicamentos cubiertos por su plan. Puede encontrar la lista completa en su Lista de medicamentos o en línea, en [myuhc.com/communityplan/nm](http://myuhc.com/communityplan/nm). Las farmacias de Servicio de Salud para Indígenas y Tribal 638 están exentas de la lista de medicamentos preferidos/Lista de medicamentos.

### Cambios en la Lista de Medicamentos Preferidos

La lista de medicamentos cubiertos se revisa en forma regular y puede cambiar cuando haya disponible nuevos medicamentos genéricos. Es posible que algunos miembros deban pagar una pequeña cantidad (denominada copago) por sus medicamentos con receta.

## Medicamentos de venta libre (OTC)

UnitedHealthcare Community Plan cubre algunos medicamentos de venta libre (over-the-counter, OTC). Un proveedor dentro de la red debe recetarle el medicamento de venta libre que necesita. El suministro está limitado a 30 días. Entonces, todo lo que tiene que hacer es llevar su receta y tarjeta de identificación de miembro a cualquier farmacia de la red para surtir la receta.

Algunos medicamentos de venta libre cubiertos incluyen:

- Aspirina de dosis baja
- Medicamentos prenatales
- Anticonceptivos

Para obtener una lista completa de los medicamentos de venta libre cubiertos, visite [myuhc.com/communityplan/nm](http://myuhc.com/communityplan/nm). O bien, llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-0826**, TTY **711**.

## Medicamentos con receta

Para obtener una lista completa de los medicamentos con receta cubiertos, visite [myuhc.com/communityplan/nm](http://myuhc.com/communityplan/nm). O bien, llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-0826**, TTY **711**.

## Comité de farmacia y terapéutica

UnitedHealthcare Community Plan cubre muchos medicamentos. Utilizamos una **lista de medicamentos**, también denominada Lista de medicamentos preferidos, para su cobertura de medicamentos con receta. La lista de medicamentos incluye los medicamentos que cubrirá un plan de salud. Tener una lista de medicamentos ayuda a su médico a recetarle los medicamentos. Cada año se incorporan nuevos medicamentos y formas de tratamiento luego de la revisión de un comité, y UnitedHealthcare Community Plan agrega medicamentos a su lista según corresponda. Las farmacias de Servicio de Salud para Indígenas y Tribal 638 están exentas de la lista de medicamentos preferidos/Lista de medicamentos.

# Asignación restringida de farmacia

Es posible que sea necesario incluir a algunos miembros en un programa de asignación restringida de farmacia. Este programa también se denomina Pharmacy Home Program y le ayuda a su farmacéutico a hacer un seguimiento de todos los medicamentos que esté tomando con los siguientes fines:

- Proteger su salud y mantenerlo seguro
- Proporcionar continuidad de la atención
- Evitar la duplicación de servicios por parte de otros proveedores
- Evitar el uso indebido o innecesario de sus beneficios de Medicaid
- Evitar el uso excesivo de medicamentos con receta

Conforme a este programa, debe obtener todos sus medicamentos con receta de una farmacia. El programa no cambia sus beneficios de atención de la salud actuales y no se aplica a medicamentos especializados.

### **¿Cómo sé si estoy en un programa de asignación restringida de farmacia?**

Le enviaremos una carta treinta (30) días antes de la fecha de entrada en vigencia o de inicio del Pharmacy Home Program.

En la carta:

- Se explicará en qué consiste el programa de asignación restringida
- Se le dará la oportunidad de elegir una farmacia para surtir sus medicamentos con receta

### **¿Qué debo hacer?**

Pídale a sus proveedores que envíen sus recetas a la farmacia que figura en la carta que recibió. Es importante que vaya a la farmacia que se indica en la carta. Si va a otra farmacia, se le denegará la receta y se le redirigirá a la farmacia correcta. Queremos asegurarnos de que no haya demoras en la obtención de su medicamento.

### **¿Puedo cambiar mi farmacia?**

Sí, tiene treinta (30) días a partir de la fecha de la carta que recibió para cambiar su farmacia. En casos especiales, es posible que pueda solicitar un cambio de farmacia después de treinta (30) días. En cualquier caso, solo podrá utilizar una farmacia. Para cambiar su farmacia, llame a Servicios para Miembros al número que se indica a continuación.

**¿Tiene alguna pregunta?**

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame al número gratuito de Servicios para Miembros **1-877-236-0826**.

## Asignación restringida de proveedor

A algunos miembros de UnitedHealthcare Community Plan se les asignará una asignación restringida de proveedor. En este caso, los miembros deben recibir recetas de un solo proveedor durante al menos un año. Esto se basa en el uso previo de medicamentos, incluido el uso excesivo de beneficios de farmacia, narcóticos, ubicaciones de proveedores y otra información.

A los miembros de este programa se les enviará una carta con el nombre del médico que deben usar. Si recibe esta carta, tendrá 30 días a partir de la fecha de la carta para solicitar un cambio de proveedor. Para cambiar de proveedor durante este período, llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-0826**, TTY 711. Después de 30 días de la fecha de la carta, deberá realizar su solicitud por escrito. Envíe su solicitud a:

UnitedHealthcare Community Plan  
Pharmacy Department  
P.O. Box 41566  
Philadelphia, PA 19101

# Beneficios

---

## Beneficios estándares cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan

Como miembro del UnitedHealthcare Community Plan, tiene cobertura para los siguientes servicios. Recuerde mostrar siempre su tarjeta de identificación de miembro actual cuando reciba servicios. Confirma su cobertura. Si el proveedor le dice que UnitedHealthcare no cubre un servicio y aun así quiere recibirllo, usted podrá ser responsable del pago. Siempre puede llamar a Servicios para Miembros al **1-877-236-0826**, TTY **711**, para hacer preguntas sobre beneficios.

Los miembros del Paquete de Beneficios Alternativos (Alternative Benefit Package, ABP) deben consultar la página 83.

### ¿Cuáles son mis beneficios de atención de la salud?

Turquoise Care de UnitedHealthcare Community Plan le brinda atención de la salud médica necesaria. La cantidad, duración y alcance de los beneficios que puede obtener depende de sus necesidades y los servicios aprobados, según lo determina el estado de New Mexico. **Algunos beneficios y servicios requieren una autorización previa.** La autorización previa determina si los servicios o beneficios son necesarios. Los servicios elegibles no tienen costo.

**Médicamente necesario** significa atención que:

1. Es necesaria para prevenir, diagnosticar o tratar afecciones médicas, o atención necesaria para alcanzar, mantener o recuperar la capacidad funcional.
2. Brindada en la cantidad y en el lugar adecuados para sus necesidades médicas.
3. Acorde con estándares profesionales y pautas nacionales.
4. Para tratar necesidades médicas y no principalmente por conveniencia del miembro, del proveedor o de UnitedHealthcare Community Plan.

Si necesita ayuda para acceder a los servicios de Turquoise Care, llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-0826** y solicite coordinación de atención.

Los miembros pueden localizar a un proveedor a través de nuestro Directorio de Proveedores en línea, disponible en [myuhc.com/communityplan/nm](http://myuhc.com/communityplan/nm) o llamando a Servicios para Miembros y solicitando coordinación de atención al **1-877-236-0826**. Si necesita ayuda para acceder a un servicio o referidos a otro proveedor, comuníquese con su médico o llame a Servicios para Miembros y solicite coordinación de atención.

**Servicios incluidos en virtud de Turquoise Care: no se aplica un costo compartido por los servicios elegibles**

<b>Servicios</b>	<b>Cobertura</b>
<b>Centros Residenciales Acreditados para el Tratamiento de Trastornos por Consumo de Sustancias (Substance Use Disorder, SUD) (adultos)</b>	Con cobertura.
<b>Servicios de Centros Residenciales y Acreditados de Tratamiento</b>	Con cobertura.
<b>Atención Diurna para Adultos</b>	Cobertura solo para beneficios comunitarios de agencias (ABCB) y beneficios comunitarios autodirigidos (SDCB).
<b>Servicios de Rehabilitación Psicosocial para Adultos</b>	Con cobertura.
<b>Servicios en Centros de Cirugía Ambulatoria</b>	Con cobertura.
<b>Servicios de Anestesia</b>	Con cobertura.
<b>Análisis del Comportamiento Aplicado</b>	Cobertura con autorización previa.
<b>Servicios de Tratamiento Asertivo Comunitario</b>	Con cobertura.
<b>Residencia Asistida</b>	Cobertura solo para beneficios comunitarios de agencias (ABCB) y beneficios comunitarios autodirigidos (SDCB).
<b>Cirugía Bariátrica</b>	Con cobertura. No se aplican límites a la cantidad de cirugías, siempre que sean médicalemente necesarias.

**Nota:** Estos servicios se cubren cuando son médicalemente necesarios. Pueden aplicarse otros términos, condiciones o limitaciones.

## Beneficios

---

**Servicios incluidos en virtud de Turquoise Care: no se aplica un costo compartido por los servicios elegibles**

<b>Servicios</b>	<b>Cobertura</b>
<b>Servicios Profesionales de Salud Conductual:</b> Servicios de salud conductual y por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	Con cobertura.
<b>Servicios de Salud Conductual</b> (hospitalización en un hospital psiquiátrico, centro residencial de tratamiento [Residential Treatment Center, RTC], hogar de acogida de tratamiento [Treatment Foster Care, TFC], hogar grupal y análisis de salud conductual aplicado [Applied Behavioral Health Analysis, ABA])	Cobertura con autorización previa.
<b>Servicios de Desarrollo de Habilidades para el Manejo del Comportamiento</b>	Con cobertura.
<b>Consulta de Apoyo del Comportamiento</b>	Cobertura solo para beneficios comunitarios de agencias (ABCB) y beneficios comunitarios autodirigidos (SDCB).
<b>Coordinación de Atención</b>	Con cobertura.
<b>Administración de Casos</b>	Con cobertura.
<b>Atención Quiropráctica</b>	Con cobertura.
<b>Servicios de Administración de la Atención Crónica</b>	Con cobertura.
<b>Trabajadores de Salud Comunitaria</b>	Con cobertura.
<b>Asistentes Comunitarios para Personas Sordas y Ciegas</b>	Con cobertura.

**Nota:** Estos servicios se cubren cuando son médicaamente necesarios. Pueden aplicarse otros términos, condiciones o limitaciones.

**Servicios incluidos en virtud de Turquoise Care: no se aplica un costo compartido por los servicios elegibles**

<b>Servicios</b>	<b>Cobertura</b>
<b>Servicios de Transición Comunitaria</b>	Cobertura solo para beneficios comunitarios de agencias (ABCB) y beneficios comunitarios autodirigidos (SDCB).  Para los miembros que regresan a su hogar después de pasar 90 días o más en una residencia de ancianos. Hasta un máximo de \$500 para los servicios y \$3,500 para artículos relacionados por periodo de cinco años.  Comuníquese con su coordinador de atención para obtener más información.
<b>Servicios Integrales de Apoyo Comunitario</b>	Con cobertura.
<b>Servicios para Casos de Crisis</b> (incluidos centros de llamadas telefónicas, centros clínicos, centros móviles y centros de estabilización)	Con cobertura.
<b>Centros de Evaluación de Crisis</b> (incluidos centros residenciales)	Con cobertura.
<b>Servicios de Tratamiento Diurno</b>	Con cobertura.
<b>Servicios Dentales</b> (incluido barniz de flúor)	Cobertura con límites.
<b>Servicios de Radiología Terapéutica y de Diagnóstico por Imágenes</b>	Con cobertura.
<b>Terapia Dialéctica Conductual (TDC)</b>	Con cobertura.
<b>Servicios de Diálisis</b>	Con cobertura.

**Nota:** Estos servicios se cubren cuando son médicaamente necesarios. Pueden aplicarse otros términos, condiciones o limitaciones.

## Beneficios

---

**Servicios incluidos en virtud de Turquoise Care: no se aplica un costo compartido por los servicios elegibles**

<b>Servicios</b>	<b>Cobertura</b>
<b>Suministros y Equipo Médico Duradero</b>	Con cobertura. Algunos suministros también tienen un límite de volumen/cantidad mensual.
<b>Respuesta de Emergencia</b>	Cobertura solo para beneficios comunitarios de agencias (ABCB) y beneficios comunitarios autodirigidos (SDCB).
<b>Servicios de Emergencia</b> (incluidas visitas a la sala de emergencias y emergencias psiquiátricas)	Con cobertura.
<b>Apoyo Laboral</b>	Cobertura solo para beneficios comunitarios de agencias (ABCB) y beneficios comunitarios autodirigidos (SDCB).
<b>Modificaciones Ambientales</b>	Cobertura únicamente para ABCB/ SDCB de miembros que tienen una autorización previa. Hasta un máximo de \$5,000 en un período de cinco años.
<b>Exámenes, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos (EPSDT)</b>	Cobertura determinada por el estado. Los EPSDT se aplican a los miembros de 1 a 20 años.  Para recibir cualquier servicio de EPSDT, el miembro necesita un examen y una receta del proveedor. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al <b>1-877-236-0826</b> , TTY <b>711</b> .

**Nota:** Estos servicios se cubren cuando son médicalemente necesarios. Pueden aplicarse otros términos, condiciones o limitaciones.

**Servicios incluidos en virtud de Turquoise Care: no se aplica un costo compartido por los servicios elegibles**

<b>Servicios</b>	<b>Cobertura</b>
<b>Examen EPSDT para el Bienestar de Niños</b>	Los EPSDT se aplican a los miembros de 1 a 20 años.  Menor de un año: seis exámenes de detección (nacimiento, uno, dos, cuatro, seis y nueve meses).  De uno a dos años: cuatro exámenes de detección (12, 15, 18 y 24 meses).  De dos a tres años: un examen de detección (30 meses).  De tres a cinco años: tres exámenes de detección (tres, cuatro y cinco años).  De seis a nueve años: dos exámenes de detección (seis y ocho años).  De 10 a 14 años: cuatro exámenes de detección (10, 12, 13 y 14 años).  De 15 a 18 años: cuatro exámenes de detección (15, 16, 17 y 18 años).  De 19 a 20 años: dos exámenes de detección (19 y 20 años).
<b>EPSDT: Evaluaciones Conductuales, Referidos y Tratamiento</b>	Con cobertura.
<b>EPSDT: Salud Bucal</b>	A los 12 meses de edad, se debe realizar un examen cada 6 meses.
<b>EPSDT: Servicios de Atención Personal</b>	Con cobertura.  Los EPSDT se aplican a los miembros de 1 a 20 años.

**Nota:** Estos servicios se cubren cuando son médicaamente necesarios. Pueden aplicarse otros términos, condiciones o limitaciones.

## Beneficios

---

**Servicios incluidos en virtud de Turquoise Care: no se aplica un costo compartido por los servicios elegibles**

<b>Servicios</b>	<b>Cobertura</b>
<b>EPSDT: Enfermería Privada</b>	Con cobertura. Los EPSDT se aplican a los miembros de 1 a 20 años.
<b>EPSDT: Servicios de Rehabilitación</b>	Con cobertura. Los EPSDT se aplican a los miembros de 1 a 20 años.
<b>EPSDT: Servicios Oftalmológicos</b>	A los 3 años, los niños necesitan un examen de detección anual.
<b>Procedimientos Experimentales o de Investigación, Tecnologías o Terapias No Relacionadas con Medicamentos</b>	Cobertura con autorización previa.
<b>Terapia de Reprocesamiento y Desensibilización por Movimientos Oculares (EMDR)</b>	Con cobertura.
<b>Servicios de Apoyo Familiar de Pares</b>	Con cobertura.
<b>Planificación Familiar</b>	Con cobertura.
<b>Apoyo Familiar (salud conductual)</b>	
<b>Servicios en Centros de Atención Médica con Certificación Federal</b>	Con cobertura.
<b>Terapia Familiar Funcional</b>	Con cobertura.

**Nota:** Estos servicios se cubren cuando son médicaamente necesarios. Pueden aplicarse otros términos, condiciones o limitaciones.

**Servicios incluidos en virtud de Turquoise Care: no se aplica un costo compartido por los servicios elegibles**

<b>Servicios</b>	<b>Cobertura</b>
<b>Audífonos y Evaluaciones Relacionadas</b>	Con cobertura.  Los audífonos se limitan a un audífono por período de cuatro años. Los audífonos binaurales se cubren en circunstancias específicas.  Las baterías de los audífonos, el seguro y los moldes auriculares también están cubiertos.
<b>Servicios Integrales de Alta Fidelidad</b>	Con cobertura.
<b>Servicios de Salud en el Hogar</b>	Cobertura con límites.
<b>Servicios de Cuidados Paliativos</b>	Con cobertura.
<b>Hospitalización</b> (incluidos servicios de desintoxicación)	Con cobertura.
<b>Servicios Hospitalarios de Pacientes Ambulatorios</b>	Con cobertura.
<b>Servicios de Salud para Indígenas</b>	Con cobertura.
<b>Hospitalización en Hospitales Psiquiátricos Independientes</b>	Cobertura hasta los 21 años.
<b>Instituciones para Enfermedades Mentales (Institutions for Mental Disease, IMD) solo para SUD</b>	Con cobertura.
<b>Servicios del Programa Intensivo para Pacientes Ambulatorios</b>	Con cobertura.
<b>Servicios de Infusión Intravenosa para Pacientes Ambulatorios</b>	Con cobertura.
<b>Servicios de Laboratorio</b>	Con cobertura.

**Nota:** Estos servicios se cubren cuando son médicaamente necesarios. Pueden aplicarse otros términos, condiciones o limitaciones.

## Beneficios

---

**Servicios incluidos en virtud de Turquoise Care: no se aplica un costo compartido por los servicios elegibles**

<b>Servicios</b>	<b>Cobertura</b>
<b>Tratamiento Asistido con Medicamentos para la Dependencia de Opioides</b>	Con cobertura.
<b>Servicio de Partera</b>	Con cobertura.
<b>Servicios de Terapia Multisistémica</b>	Con cobertura.
<b>Centros Residenciales No Acreditados de Tratamiento y Hogares Grupales</b>	Con cobertura.
<b>Servicios en Centros de Enfermería</b>	Con cobertura.
<b>Asesoramiento Nutricional</b>	Cobertura solo para beneficios comunitarios de agencias (ABCB) y beneficios comunitarios autodirigidos (SDCB).
<b>Servicios de Nutrición</b>	Con cobertura.
<b>Servicios de Terapia Ocupacional</b>	Con cobertura.
<b>Servicios de Profesionales de la Salud para Pacientes Ambulatorios</b>	Con cobertura.
<b>Servicios Psiquiátricos Ambulatorios y Hospitalización Parcial</b>	Con cobertura.
<b>Hospitalización Parcial y Ambulatoria en Hospitales Psiquiátricos Independientes</b>	Con cobertura.
<b>Servicios de Apoyo de Pares</b>	Con cobertura.
<b>Servicios de Atención Personal</b>	Cobertura solo para beneficios comunitarios de agencias (ABCB).
<b>Servicios de Farmacia</b>	Con cobertura.
<b>Servicios de Salud Física</b>	Con cobertura.

**Nota:** Estos servicios se cubren cuando son médicaamente necesarios. Pueden aplicarse otros términos, condiciones o limitaciones.

**Servicios incluidos en virtud de Turquoise Care: no se aplica un costo compartido por los servicios elegibles**

<b>Servicios</b>	<b>Cobertura</b>
<b>Fisioterapia</b>	Con cobertura.
<b>Visitas al Médico</b>	Con cobertura.
<b>Servicios de Podología</b>	Con cobertura.
<b>Procedimientos de Interrupción del Embarazo</b>	Cobertura con límites.
<b>Servicios Preventivos</b>	Con cobertura.
<b>Enfermería Privada</b>	Cobertura con límites.
<b>Prótesis y Ortopedia</b>	Con cobertura.
<b>Servicios de Rehabilitación Psicosocial</b>	Con cobertura.
<b>Centros de Radiología</b>	Con cobertura.
<b>Servicios de Recuperación (salud conductual)</b>	Con cobertura.
<b>Servicios con Opción de Rehabilitación</b>	Con cobertura.
<b>Proveedores de Servicios de Rehabilitación</b>	Con cobertura.
<b>Artículos Relacionados</b>	Con cobertura.
<b>Servicios de Salud Reproductiva</b>	Con cobertura.
<b>Atención de Relevo (salud conductual)</b>	Cobertura con límites.
<b>Servicios Clínicos de Salud Rural</b>	Con cobertura.
<b>Servicios de Clínica de Salud en la Escuela</b>	Con cobertura.
<b>Servicios de Exámenes de Detección, Intervención Breve y Referido para Tratamiento (Screening, Brief Intervention, Referral to Treatment, SBIRT)</b>	Con cobertura.

**Nota:** Estos servicios se cubren cuando son médicaamente necesarios. Pueden aplicarse otros términos, condiciones o limitaciones.

## Beneficios

---

**Servicios incluidos en virtud de Turquoise Care: no se aplica un costo compartido por los servicios elegibles**

<b>Servicios</b>	<b>Cobertura</b>
<b>Tratamientos Especializados</b>	Cobertura con límites.
<b>Terapia del Habla y del Lenguaje</b>	Con cobertura.
<b>Vivienda de Apoyo</b>	Cobertura con límites.
<b>Servicios de Reconversión de Camas en Hospitales</b>	Con cobertura.
<b>Servicios de Telesalud</b>	Con cobertura.
<b>Tratamiento y Servicios para Dejar de Fumar</b> (pueden incluir asesoramiento, medicamentos con receta y productos)	Con cobertura.
<b>Controles de Salud para Niños y Adolescentes</b>	Con cobertura.
<b>Servicios de Administración de la Atención de Transición</b>	Con cobertura.
<b>Servicios de Trasplante</b>	Con cobertura.
<b>Servicios de Transporte Médico</b>	Con cobertura.
<b>Hogar de Acogida de Tratamiento I</b>	Con cobertura.
<b>Hogar de Acogida de Tratamiento II</b>	Con cobertura.
<b>Servicios de Atención Oftalmológica</b>	Cobertura cada 12 meses para personas menores de 21 años.  Para los mayores de 21 años, los servicios oftalmológicos se cubren cada 3 años.

**Nota:** Estos servicios se cubren cuando son médicaamente necesarios. Pueden aplicarse otros términos, condiciones o limitaciones.

**Servicios de beneficios comunitarios de agencias: los siguientes servicios son adicionales a los servicios enumerados anteriormente. No se aplica un costo compartido por los servicios elegibles**

<b>Servicios</b>	<b>Cobertura</b>
<b>Atención Diurna para Adultos</b>	Con cobertura.
<b>Residencia Asistida</b>	Cobertura en determinadas circunstancias. Sin cobertura de habitación y comida.
<b>Consulta de Apoyo del Comportamiento</b>	Con cobertura.
<b>Servicios de Transición Comunitaria</b>	Con cobertura.
<b>Respuesta de Emergencia</b>	Con cobertura.
<b>Apoyo Laboral</b>	Con cobertura.
<b>Modificaciones Ambientales</b>	Con cobertura. Hasta un máximo de \$5,000 por período de cinco años.
<b>Asistencia Médica en el Hogar</b>	Con cobertura.
<b>Asesoramiento Nutricional</b>	Con cobertura.
<b>Servicios de Atención Personal (dirigidos y delegados por el consumidor)</b>	Con cobertura.
<b>Enfermería Privada para Adultos</b>	Con cobertura.
<b>Relevo</b>	Cobertura con límites.
<b>Servicios de Terapia de Mantenimiento Especializada</b>	Con cobertura.

**Nota:** Estos servicios se cubren cuando son médicaamente necesarios. Pueden aplicarse otros términos, condiciones o limitaciones.

## Beneficios

---

**Servicios de beneficios comunitarios autodirigidos incluidos\*. No se aplica un costo compartido por los servicios elegibles**

<b>Servicios</b>	<b>Cobertura</b>
<b>Consulta de Apoyo del Comportamiento</b>	Con cobertura.
<b>Apoyo Comunitario Personalizado</b>	Con cobertura.
<b>Respuesta de Emergencia</b>	Con cobertura.
<b>Apoyo Laboral</b>	Con cobertura.
<b>Modificaciones Ambientales</b>	Con cobertura (límite de \$5,000 cada 5 años).
<b>Asistencia Médica en el Hogar</b>	Con cobertura.
<b>Asesoramiento Nutricional</b>	Con cobertura.
<b>Enfermería Privada para Adultos</b>	Con cobertura.
<b>Artículos Relacionados</b>	Con cobertura; incluye tarifas y membresías; tecnología para seguridad e independencia; teléfono celular o fijo y equipo relacionado; servicio de internet; máquina de fax; computadora; suministros de oficina; impresora; equipo y suministros relacionados con la salud; equipo de ejercicio y artículos relacionados; suplementos nutricionales; medicamentos de venta libre; artículos relacionados con el hogar; electrodomésticos para la independencia; muebles adaptables.
<b>Relevo</b>	Cobertura con límites.
<b>Cuidado Personal Autodirigido</b>	Con cobertura.

**Nota:** Estos servicios se cubren cuando son médicaamente necesarios. Pueden aplicarse otros términos, condiciones o limitaciones.

**Servicios de beneficios comunitarios autodirigidos incluidos\*. No se aplica un costo compartido por los servicios elegibles**

<b>Servicios</b>	<b>Cobertura</b>
<b>Servicios de Terapia de Mantenimiento Especializada</b>	Con cobertura.
<b>Tratamientos Especializados</b>	Cobertura con límites.
<b>Artículos de Puesta de Marcha</b>	Con cobertura (para miembros que elijan beneficios SDCB a partir del 1 de enero de 2019, límite de \$2000 por única vez).
<b>Transporte (no médico)</b>	Cobertura con límites.
<b>Terapia Cognitivo-Conductual Centrada en el Trauma (TFCBT)</b>	Con cobertura.

\* El presupuesto y los servicios autodirigidos tienen límites según la necesidad médica y el presupuesto.

**Nota:** Estos servicios se cubren cuando son médicamente necesarios. Pueden aplicarse otros términos, condiciones o limitaciones.

**Servicios de audición**

Si usted sufre pérdida de la audición o dificultades con audífonos, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-877-236-0826, TTY 711**. Hay ciertos servicios que están disponibles si usted tiene dificultades auditivas y necesita un teléfono especial. Comuníquese con su coordinador de atención, que le ayudará a recibir el equipo especial si lo necesita.

**Salud conductual**

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, es elegible para recibir servicios de salud conductual. Estos servicios pueden ayudarle con problemas personales que podrían afectarle a usted o su familia. Entre ellos, se incluyen el estrés, la depresión, la ansiedad, problemas por juegos de apuestas, o consumo de drogas o alcohol. Los miembros pueden autorreferirse a proveedores de salud conductual para obtener servicios.

Si actualmente está recibiendo servicios de salud conductual, infórmeme a su coordinador de atención de UnitedHealthcare Community Plan. Es importante que este sepa sobre todos los servicios que está recibiendo o necesita.

## Beneficios

---

Además, infórmeme a su proveedor de salud conductual que está inscrito en el programa Turquoise Care de UnitedHealthcare Community Plan. Es posible que tenga preguntas sobre los servicios que recibe a través de Turquoise Care y la manera en que podemos trabajar juntos para ayudarle a recibir la atención que necesita.

Las evaluaciones de salud conductual se realizan según sean médicalemente necesarias para el diagnóstico y el tratamiento.

### Línea de Crisis 988

La Línea de prevención de suicidios y crisis 988, anteriormente conocida como la Línea nacional de prevención del suicidio, ofrece acceso a llamadas, mensajes de texto y chats con asesores capacitados las 24 horas del día, los 7 días de la semana para ayudar a personas que sufren crisis suicidas, de consumo de sustancias o de salud mental, o cualquier otro tipo de angustia emocional. Las personas también pueden llamar, enviar mensajes de texto o conversar por chat al 988 si les preocupa un ser querido que podría necesitar apoyo en caso de crisis.

La Línea 988 es una conexión directa a apoyo y recursos de forma inmediata para cualquier persona que esté sufriendo una crisis. Marque 988 o visite <https://988lifeline.org/>.

**Hay tres maneras de encontrar un proveedor de salud conductual que pertenezca a nuestra red.**

1. Búsquelo en línea, en [myuhc.com/communityplan/nm](http://myuhc.com/communityplan/nm).
2. Consulte el Directorio de Proveedores.
3. Llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-0826** y hable con un defensor de miembros o con su coordinador de atención.

### Atención dental

#### ¿Tengo beneficios dentales?

Turquoise Care Medicaid Dental de UnitedHealthcare Community Plan of New Mexico administra sus beneficios dentales. Puede llamar a Servicios para Miembros al **1-877-236-0826** para encontrar un dentista en la red de UnitedHealthcare Community Plan of New Mexico.

### Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos (EPSDT)

#### ¿Qué son los servicios EPSDT?

El beneficio de Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos (EPSDT) proporciona servicios de atención médica integrales y preventivos para personas de 1 a 20 años que están inscritos en Medicaid. Siga el calendario de EPSDT para todos los miembros elegibles de UnitedHealthcare Community Plan hasta los 21 años, incluidas miembros embarazadas. Los exámenes EPSDT incluyen los siguientes:

- Vacunas
- Suplementación y barniz de fluoruro de salud bucal
- Examen de la audición
- Examen de la vista
- Historial médico
- Mediciones de estatura, peso e IMC
- Examen físico sin ropa
- Examen nutricional
- Evaluación del desarrollo y de la conducta
- Análisis de hematocrito/hemoglobina a los 9 meses y 13 años
- Examen de detección de plomo a los 12 meses y a los 24 meses
- Evaluación estandarizada del desarrollo
- Exámenes de detección adicionales necesarios según los factores de riesgo
- Orientación anticipada

Estos exámenes pueden incluir inyecciones o vacunas. Si su hijo no se ha realizado el chequeo este año, llame a su médico y obtenga una cita para realizarle uno. Es posible que le enviemos una carta de recordatorio para que su hijo se realice el chequeo.

**Análisis de plomo:** el médico necesitará realizar un análisis de sangre para asegurarse de que su hijo no tenga demasiado plomo. Su hijo debería realizarse un chequeo a los 12 y 24 meses de edad o si nunca se lo ha realizado.

**Examen odontológico:** su hijo debe realizarse una limpieza de dientes y tratamientos con flúor cada seis meses.

**Enfermería privada:** cuando el médico de su hijo desea que personal de enfermería le brinde atención en el hogar o en la escuela.

**Servicios de atención personal:** cuando el médico de su hijo desea que un cuidador ayude a su hijo a alimentarse, bañarse, vestirse e ir al baño.

## **Beneficios**

---

EPSDT también brinda servicios para la audición, servicios de atención de la vista, servicios en la escuela y más. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su coordinador de atención.

Los problemas de salud se deben identificar y tratar tan pronto como sea posible. Si su hijo necesita servicios especiales, como servicio privado de enfermería o atención personal, estos serán brindados como EPSDT a través de UnitedHealthcare Community Plan.

Hable con su médico sobre cualquier vacuna que su hijo pueda necesitar.

### **Servicios oftalmológicos**

**¿Qué debo hacer si necesito un examen de la vista o anteojos?**

March Vision administra su beneficio oftalmológico. Puede llamar a Servicios para Miembros al **1-877-236-0826** o visitar el sitio web en [www.marchvisioncare.com](http://www.marchvisioncare.com) para buscar un proveedor de la visión.

### **Servicios y Apoyos a Largo Plazo**

Nuestros Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS) de New Mexico es un programa de cobertura de salud para residentes de New Mexico que cumplen con los requisitos y son elegibles para Medicaid. Los Servicios y Apoyos a Largo Plazo se diseñaron para mejorar la calidad de vida de los miembros de todas las edades con limitaciones funcionales o enfermedades crónicas. Los Servicios y Apoyos a Largo Plazo ayudan a respaldar al miembro para vivir o trabajar en el entorno de su elección, que puede incluir su hogar, un lugar de trabajo, un entorno residencial propiedad o controlado por el proveedor, un centro de enfermería u otro entorno institucional. Los Servicios y Apoyos a Largo Plazo proporcionan sesiones de asesoramiento a domicilio que se centran en resolver los problemas y convertirse en una persona social y físicamente activa.

# Beneficio comunitario

## ¿Qué es un beneficio comunitario?

- 1. El beneficio comunitario (Community Benefit, CB) es el nombre de Turquoise Care para el paquete de servicios de servicios para el hogar y servicios comunitarios (home and community-based services, HCBS).**
  - El beneficio de servicios de cuidado personal también forma parte del beneficio comunitario
  - Los beneficios comunitarios son servicios que les permiten a los miembros elegibles recibir atención en su hogar o comunidad en lugar de residir en un centro de atención a largo plazo
  - El propósito de los beneficios comunitarios es complementar el apoyo natural y brindar apoyo para la vida comunitaria
- 2. Objetivos de los beneficios comunitarios.**
  - Permitir que los residentes de New Mexico que requieren atención a largo plazo permanezcan en sus hogares y en sus comunidades
  - Reducir la cantidad de ingresos innecesarios en residencias de ancianos
- 3. Elegibilidad para acceder a beneficios comunitarios.**
  - Todos los miembros deben tener una categoría completa de Medicaid o una categoría de elegibilidad de exención
  - Todos los miembros deben cumplir los criterios de nivel de atención de la residencia de ancianos
  - Todos los miembros deben ser residentes de New Mexico
- 4. Opciones de beneficios comunitarios.**
  - **Beneficio comunitario de agencia (Agency-Based Community Benefit, ABCB):** los miembros trabajan con su coordinador de atención para desarrollar un plan de atención y seleccionar un proveedor comunitario en la red de una Organización de Atención Administrada . La Organización de Atención Administrada del miembro garantiza el pago a los proveedores de beneficios comunitarios.
  - **Beneficio comunitario autodirigido (Self-Directed Community Benefit, SDCB):** los miembros trabajan con un corredor de respaldo, desarrollan un plan de atención, seleccionan a sus propios proveedores y autorizan planillas de registro horario, y garantizan el pago a sus proveedores
  - Los proveedores/empleados y el empleador registrado autorizarán las planillas de registro horario para garantizar el pago
  - Todos los miembros que cumplan los requisitos de elegibilidad deben participar en el beneficio comunitario de agencia durante al menos 120 días antes de poder cambiar al Beneficio comunitario autodirigido. (\*Consulte la sección Beneficio comunitario autodirigido para conocer más detalles sobre esta opción).

## **Beneficios**

---

### **Beneficio comunitario de agencias**

#### **1. Inscripción en el beneficio comunitario de agencia.**

- Si un miembro necesita o desea atención a largo plazo, debe comunicarse con Servicios para Miembros y solicitar beneficios comunitarios. El beneficio comunitario de agencia no es un servicio de cuidado las 24 horas del día. Un coordinador de atención completará la evaluación con el miembro para determinar si es elegible para recibir estos servicios. Si se determina que un miembro es elegible médica y financieramente para recibir los servicios enumerados en el paquete de beneficios del beneficio comunitario de agencia, se desarrollará un Plan de Cuidado Integral (Comprehensive Care Plan, CCP) para identificar los servicios del miembro.

#### **2. Paquete de beneficios del beneficio comunitario de agencia:**

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Centro de residencia asistida en determinadas circunstancias</li><li>• Atención médica diurna para adultos</li><li>• Consulta de apoyo del comportamiento</li><li>• Servicios de transición comunitaria</li><li>• Respuesta de emergencia</li><li>• Apoyo laboral</li><li>• Modificaciones ambientales</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Asistencia médica en el hogar</li><li>• Servicios en el hogar</li><li>• Atención personal</li><li>• Enfermería privada para adultos</li><li>• Relevo</li><li>• Terapia de mantenimiento especializada para adultos</li></ul> |
|--|--|

#### **3. Red de proveedores de beneficio comunitario de agencia.**

- Los miembros deben consultar con su Organización de Atención Administrada de Turquoise Care para obtener una lista de proveedores de beneficios comunitarios dentro de la red. Todos los proveedores del beneficio comunitario de agencia deben estar inscriptos como Proveedor Activo de Medicaid tipo 363 y tener la aprobación de HCA/MDA para proporcionar el servicio indicado.

### **Beneficio comunitario autodirigido**

#### **1. ¿Qué es un beneficio comunitario autodirigido?**

- El beneficio comunitario autodirigido (SDCB) es el nombre de Turquoise Care para el paquete de beneficios de servicios para el hogar y servicios comunitarios (HCBS) que les permite a los miembros elegibles dirigir su propia atención y servicios.
  - Los miembros del beneficio comunitario autodirigido pueden elegir quién proporciona sus servicios y cómo se les proporciona.
  - Los miembros del beneficio comunitario autodirigido pueden comprar artículos que les permitan ser más independientes.

- Los miembros del beneficio comunitario autodirigido autorizan y envían planillas de registro horario y facturas para pagos.
- Los miembros del beneficio comunitario autodirigido son un empleador registrado para garantizar el pago a empleados y proveedores.
- Los beneficios comunitarios autodirigidos son servicios y artículos que les permiten a los miembros elegibles recibir atención en su hogar o comunidad en lugar de residir en un centro de atención a largo plazo.
- El propósito de los beneficios comunitarios es complementar el apoyo natural y no proporcionarle atención al miembro las 24 horas.
- Los miembros de Turquoise Care deben recibir beneficios comunitarios de agencias (ABCB) durante al menos 120 días calendario antes de poder cambiar al programa beneficio comunitario autodirigido.

**2. Como miembro del beneficio comunitario autodirigido de Turquoise Care, usted es responsable de dirigir su propia atención.**

- Cada miembro del beneficio comunitario autodirigido es responsable de los servicios y artículos que mejor satisfacen sus necesidades individuales.
- El miembro del beneficio comunitario autodirigido tiene un empleador registrado (Employer of Record, EOR) que administra el pago a sus proveedores. El empleador registrado puede ser el miembro del beneficio comunitario autodirigido u otra persona elegida por el miembro. Medicaid no permite que el empleador registrado cobre por realizar sus tareas.
- El empleador registrado contrata y despedite a los empleados y proveedores que proporcionan el tipo de atención necesaria para mantener la salud y seguridad del miembro del beneficio comunitario autodirigido.
- El empleador registrado se asegura de que las planillas de registro horario y las facturas del empleado del miembro del beneficio comunitario autodirigido sean correctas, estén firmadas y se envíen oportunamente a la Agencia de Administración Fiscal (Fiscal Management Agency, FMA).
- El empleador registrado no puede ser un empleado remunerado del miembro del beneficio comunitario autodirigido.

**3. Cada miembro del beneficio comunitario autodirigido de Turquoise Care trabaja con un coordinador de atención y un corredor de respaldo.**

- El miembro del beneficio comunitario autodirigido trabaja con un corredor de respaldo, similar a un asesor de Mi Via. El corredor de respaldo ayuda al miembro a crear un plan de atención beneficio comunitario autodirigido y le ayuda con el programa de beneficio comunitario autodirigido.
- Todas las Organizaciones de Atención Administrada contratan a correderos de respaldo. Todos los miembros del beneficio comunitario autodirigido deben elegir un corredor de respaldo que tenga un contrato con su Organización de Atención Administrada seleccionada.

## Beneficios

---

- Los miembros del beneficio comunitario autodirigido también tienen un coordinador de atención de la Organización de Atención Administrada que ayuda al corredor de respaldo del beneficio comunitario autodirigido a administrar el programa beneficio comunitario autodirigido del miembro.
- El coordinador de atención y el corredor de respaldo ayudan al miembro del beneficio comunitario autodirigido con casi todos los aspectos del beneficio comunitario autodirigido.

**4. Todos los miembros del beneficio comunitario autodirigido de Turquoise Care trabajan con la FMA que acredita a sus empleados y procesa la nómina del proveedor.**

- La FMA gestiona un sistema en línea que les permite a los miembros del beneficio comunitario autodirigido ver su plan de atención del beneficio comunitario autodirigido aprobado y sus gastos presupuestarios.
- Todos los miembros del beneficio comunitario autodirigido trabajan con la misma FMA para realizar las tareas financieras asociadas con la contratación, el despido y el pago oportuno de proveedores.

**5. El presupuesto del beneficio comunitario autodirigido se determina en función de las necesidades del miembro del beneficio comunitario autodirigido.**

- Los presupuestos del beneficio comunitario autodirigido se determinan en función de los tipos de servicios que se consideran necesarios para el miembro del beneficio comunitario autodirigido. El coordinador de atención completa una evaluación integral de necesidades (Comprehensive Needs Assessment, CNA) cuando se determina o se vuelve a determinar el nivel de atención.
- La CNA identifica los servicios que ayudarán al miembro del beneficio comunitario autodirigido a mantenerse seguro en la comunidad, y se asigna una cantidad en dólares de Medicaid a estos servicios. El plan de atención del beneficio comunitario autodirigido se elabora utilizando el presupuesto aprobado del beneficio comunitario autodirigido. El corredor de respaldo ayuda al miembro a crear el plan de atención del beneficio comunitario autodirigido que cubre sus necesidades durante un año.
- La Organización de Atención Administrada revisa el plan de atención propuesto por el beneficio comunitario autodirigido y realiza la aprobación o denegación final.

**6. La familia de un miembro del beneficio comunitario autodirigido puede ser un proveedor si está calificado y aprobado para trabajar.**

- Un miembro del beneficio comunitario autodirigido puede enviar una solicitud por escrito a su Organización de Atención Administrada para contratar a un familiar.
- La Organización de Atención Administrada determinará si el miembro cumple los criterios para que se le pague a un miembro de la familia por proporcionar atención.

**7. Un miembro del beneficio comunitario autodirigido puede realizar la transición al modelo de beneficio comunitario de agencia en cualquier momento.**

- Si un miembro del beneficio comunitario autodirigido ya no desea dirigir su propia atención, puede solicitar abandonar el programa beneficio comunitario autodirigido y obtener sus servicios del beneficio comunitario de agencia.
- El servicio no se interrumpe durante esta transición; sin embargo, hay diferentes servicios disponibles en cada paquete de beneficios comunitarios.
  - Por ejemplo, los artículos relacionados no están disponibles en el beneficio comunitario de agencia y el centro de residencia asistida no está disponible en el beneficio comunitario autodirigido.
- La Organización de Atención Administrada puede solicitar la transición de un miembro del beneficio comunitario autodirigido al beneficio comunitario de agencia si el miembro tiene dificultades para administrar el programa del beneficio comunitario autodirigido. El miembro tendrá a su disposición mucha información y asistencia para ayudarle a comprender el programa beneficio comunitario autodirigido antes de tomar la decisión de hacer la transición al modelo de beneficio comunitario de agencia.

### Transición comunitaria

#### ¿Qué sucede si vivo en una residencia de ancianos y deseo mudarme?

Queremos ayudarle a vivir en el lugar adecuado para usted. Hable con su coordinador de atención sobre sus opciones si está pensando en mudarse. Puede hablar con su coordinador de atención llamando al **1-877-236-0826**.

### Transporte

UnitedHealthcare ofrece transporte a las citas médicas, odontológicas, oftalmológicas y de salud conductual.

# Beneficios fuera del plan

### ¿Qué servicios NO están incluidos en el paquete de beneficios de Turquoise Care?

- Servicios de acupuntura \*
- Servicios de cosmética
- Servicios de fertilización in vitro
- Servicios de habitación y comida en un centro hospitalario: licencia
- Servicios de podología de rutina
- Servicios en centros de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales

### Servicios cubiertos por otros programas:

- La administración de casos del Departamento de Niños, Jóvenes y Familias, definida como la administración de casos de Servicios de Protección de Menores y Funcionarios de condena condicional y libertad condicional juveniles
- La administración de casos proporcionada por el Departamento de Servicios a Largo Plazo y para Personas Ancianas
- Los servicios en escuelas y en el Plan de educación individualizada (Individualized Education Plan, IEP) o Plan de servicios familiares individualizados (Individualized Family Service Plan, IFSP) para hijos de hasta 21 años
- Servicios de exención en el hogar y la comunidad por una afección médica delicada, exención por VIH/SIDA y exención por discapacidad del desarrollo

# Community Health Plan: servicios de valor agregado (VAS)

**Estos beneficios adicionales se agregan a sus beneficios de Turquoise Care.**

Además de sus beneficios regulares de Turquoise Care, también podrá ser elegible para estos servicios de UnitedHealthcare Community Plan. Se aplican límites; consulte a continuación. Los miembros elegibles no tienen costo.

Debe trabajar con su coordinador de atención o llamar a Servicios para Miembros para obtener ayuda para acceder a los servicios de valor agregado (value added services, VAS) al **1-877-236-0826, TTY 711.**

Servicio de valor agregado	Población atendida	Exclusiones	¿Se requiere una autorización previa?	Límites
<b>Babyscripts</b>  Programa digital de interacción, educación e incentivos de maternidad para miembros embarazadas y padres primerizos. La aplicación incluye contenido educativo diario sobre comportamientos saludables, el desarrollo del bebé, vacunas, posibles riesgos para la salud y muchos otros temas. Hay recursos detallados sobre nutrición, ejercicio, trabajo de parto y parto, lactancia y más. La aplicación ofrece recordatorios de citas y evaluaciones de riesgos en inglés y español. Los datos de la evaluación de salud recopilados a través de la aplicación se ingresarán en plataformas de administración de la atención para respaldar la estratificación de los miembros, la creación de vías de atención y la participación.	Miembros embarazadas, en período posparto y con hijos	El programa finaliza 12 meses después del parto	No	Ninguno

## Beneficios

---

Servicio de valor agregado	Población atendida	Exclusiones	¿Se requiere una autorización previa?	Límites
<b>Salud Conductual</b>  La Línea de ayuda trastornos por abuso de sustancias (SUD) es una línea de ayuda anónima, confidencial y de múltiples pagadores donde los miembros comunitarios y sus familiares o amigos pueden llamar y hablar con un experto matriculado en salud conductual para obtener información sobre el tratamiento del SUD.  Los miembros pueden trabajar con un médico matriculado para planificar el siguiente paso en su atención si deciden seguir el tratamiento.	Todos los miembros	Ninguna	No	Ninguno

Servicio de valor agregado	Población atendida	Exclusiones	¿Se requiere una autorización previa?	Límites
<p><b>Programas de Salud Conductual</b></p> <p>Nuestros recursos de salud conductual en línea conectan a los miembros con información y recursos para la salud y el bienestar en general, incluidas herramientas, recursos e información específicos de salud conductual. Por ejemplo, nuestra biblioteca de salud y bienestar cuenta con 60 centros y más de 220 videos centrados en temas como salud física, salud mental, consumo de sustancias, herramientas para la recuperación, desarrollo de habilidades de resiliencia, cuidado, crianza, apoyo para nativos americanos, escuela y educación, prevención del suicidio, mindfulness y planificación y recuperación en situaciones de desastres que combinan recursos (por ejemplo, artículos, videos, programas de capacitación, evaluaciones).</p>	Todos los miembros	Los miembros deben registrarse a través de nuestro sitio web para acceder a los recursos.	No	Ninguno
<p><b>Programa de Asientos para Automóvil</b></p> <p>Proporciona asientos de bebé seguros para automóvil para miembros embarazadas</p>	Miembros embarazadas, en período posparto y con hijos	Ninguna	No	Un asiento de automóvil por bebé por parto

## Beneficios

---

Servicio de valor agregado	Población atendida	Exclusiones	¿Se requiere una autorización previa?	Límites
<b>Asignación para Ropa para Niños en Edad Escolar</b>  Proporciona una asignación para ropa a través de socios comunitarios.	Niños	Ninguna	Sí	\$100 por hijo
<b>Terapia Electroconvulsiva</b>  La terapia electroconvulsiva es un tratamiento médico para enfermedades mentales graves que consiste en pasar cuidadosamente una pequeña cantidad de electricidad controlada al cerebro y se utiliza para tratar diversos trastornos psiquiátricos, incluida la depresión grave.	Todos los miembros  (Se requiere orden judicial para niños menores de 14 años).  UnitedHealthcare Community Plan (UHCCP) seguirá las pautas del nivel de atención de la División de Servicios de Salud Conductual (BHSD) y las Normas de New Mexico.	Requiere evaluación de un proveedor de atención psiquiátrica	Sí	Ninguno

## Beneficios

---

Servicio de valor agregado	Población atendida	Exclusiones	¿Se requiere una autorización previa?	Límites
<b>Emissar Youth</b>  Proporciona un método de apoyo digital entre pares entre especialistas en el apoyo de jóvenes pares y miembros jóvenes en edad de transición o adoptados temporalmente. Esta plataforma está diseñada para que los especialistas en el apoyo de jóvenes pares ofrezcan una (1) hora de reuniones semanales virtuales o presenciales y aborden la brecha entre reuniones regulares al proporcionar apoyo entre pares por mensaje de texto a través de la aplicación móvil.	Personas involucradas en problemas judiciales (jóvenes)	Requiere contar con un teléfono inteligente y a banda ancha para acceder al recurso	No	Ninguno
<b>Asesoramiento Nutricional y sobre Dietas Mejorado</b>  Asesoramiento nutricional para cualquier miembro de UnitedHealthcare Community Plan con cualquier proveedor de la red	Todos los miembros	No se requiere diagnóstico médico	No	Ninguno

## Beneficios

Servicio de valor agregado	Población atendida	Exclusiones	¿Se requiere una autorización previa?	Límites
<b>Fundas para Colchón y de Almohada Hipoalergénicas para la Salud</b>  Reducción y prevención de las reacciones alérgicas.  Mayor oportunidad de participar en deportes y otras actividades que promuevan la salud; menor cantidad de visitas a la sala de emergencias	Este fondo es para niños y adolescentes de 3 a 21 años, con un diagnóstico de asma o alergias.		Sí	Dos fundas de almohada y una funda para colchón por año
<b>Salud y Bienestar/Acondicionamiento Físico</b>  Acupuntura	Todos los miembros	Se limita a 5 visitas por año	No	\$75 por visita
<b>Legal/Judicial</b>  Un programa de apoyo en línea disponible para todos los niños y jóvenes que están haciendo la transición fuera del sistema de justicia o la transición a una vida independiente.	Personas involucradas en problemas judiciales (jóvenes)	Ninguna	No	Ninguno

Servicio de valor agregado	Población atendida	Exclusiones	¿Se requiere una autorización previa?	Límites
<p><b>Comidas Adaptadas desde el Punto de Vista Médico y Cultural</b></p> <p>Comidas a domicilio, adaptadas desde el punto de vista médico y cultural para promover una mejor salud y respaldar la atención de la salud. Las comidas se pueden adaptar a los miembros que tienen necesidades nutricionales regulares y especiales, y preferencias por comidas en puré, sin gluten y vegetarianas. Este programa promueve una nutrición saludable y aborda la inseguridad alimentaria o la desnutrición. Se centra en el apoyo a los miembros a través de transiciones de la atención, incluidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Despues de un parto, para la miembro y hasta cuatro miembros del hogar</li> <li>• Comidas posteriores a la liberación para miembros involucrados en problemas judiciales</li> <li>• Transición a un centro de enfermería especializada (SNF), centrado en los miembros que reciben servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)</li> </ul>	Todos los miembros	<p>Después del parto: dos comidas al día durante 14 días, para la miembro y hasta cuatro miembros del hogar</p> <p>Comidas posteriores a la liberación para miembros involucrados en problemas judiciales: dos comidas al día durante 14 días</p> <p>Transición a un SNF, centrada en miembros LTSS: dos comidas al día durante 14 días</p> <p>El socio comunitario derivó a los miembros que necesitan ayuda alimentaria</p>	Sí	Ninguno

## Beneficios

Servicio de valor agregado	Población atendida	Exclusiones	¿Se requiere una autorización previa?	Límites
<p><b>OnePass</b></p> <p>One Pass™ es una solución completa de bienestar físico, mental y social para adultos de 18 años o mayores que proporciona acceso sin costo adicional a gimnasios y centros de acondicionamiento físico, incluidos, entre otros, marcas nacionales, gimnasios independientes y estudios boutique. También ofrece contenido digital a pedido y en directo, entrenamiento del cerebro y actividades sociales que se centran en usted, y sus objetivos y estilo de vida.</p> <p>Incluye YMCA.</p>	Todos los miembros	Requiere el código del miembro	No	Ninguno
<p><b>PEARLS – Programa para Promover Vidas Activas y Gratificantes Apoyo entre Pares</b></p> <p>Un programa de tratamiento desarrollado por la Universidad de Washington diseñado para reducir los síntomas de depresión y mejorar la calidad de vida entre los adultos mayores y los adultos de todas las edades con epilepsia. El programa consta de seis a ocho sesiones de asesoramiento en el hogar que se centran en los siguientes objetivos: resolver problemas, mantenerse social y físicamente activo y programar actividades placenteras.</p> <p>Capacitaremos y utilizaremos compañeros proveedores certificados para ofrecer este servicio.</p>	<p>Miembros mayores y miembros con LTSS</p> <p>Miembros indígenas</p>	<p>Recursos suficientes para proporcionar capacitación en todo el estado</p>	No	De seis a ocho sesiones de asesoramiento en el hogar

Servicio de valor agregado	Población atendida	Exclusiones	¿Se requiere una autorización previa?	Límites
<b>Fondo de Ayuda para SDOH (Fondo de Emergencia)</b>  Algunos ejemplos son la asistencia para necesidades no médicas que brinda apoyo para las dificultades para acceder a servicios vitales necesarios para sobrevivir, como una vivienda y los costos asociados a la permanencia en la vivienda, asistencia alimentaria, transporte, cupones para gasolina y ropa	Todos los miembros	Las solicitudes se evalúan y los fondos se aprueban según cada caso	Sí	A definir según cada caso
<b>Buscar Seguridad</b>  Buscar Seguridad se diseñó para ayudar a las personas que han sufrido traumas o problemas de sustancias a desarrollar y mantener los objetivos de recuperación. Buscar Seguridad anima a quienes que han sufrido un trauma a buscar un entorno seguro para interactuar con sus pares, respetarse a sí mismas y desarrollar y utilizar técnicas de afrontamiento saludables para lograr sus objetivos de recuperación. Somos la única entidad de atención administrada aprobada por el creador de Buscar Seguridad para capacitar y utilizar compañeros proveedores certificados para realizar este programa.	Las personas con antecedentes de traumas y conductas adictivas o impulsivas pueden beneficiarse de este programa.	Ninguna	No	Ninguno

## Beneficios

Servicio de valor agregado	Población atendida	Exclusiones	¿Se requiere una autorización previa?	Límites
<b>SeniorLink</b>  Ayuda a los cuidadores familiares y no remunerados proporcionando servicios de apoyo que se centran en involucrar, empoderar, educar y brindar apoyo a los cuidadores. Los asesores de Seniorlink diseñan un programa centrado en la persona para cada miembro después de evaluar el conocimiento, las habilidades y las necesidades del cuidador y los riesgos para la salud y los desafíos conductuales del miembro.  A través de este programa centrado en la persona, Seniorlink crea un plan de atención específico para los cuidadores no remunerados y familiares para asegurarse de que tienen las herramientas y los recursos para brindar apoyo a los miembros en sus hogares al brindar apoyo a sus familiares.	Miembros mayores y miembros con LTSS  Miembros indígenas mayores	Requiere una evaluación y aprobación.  Elegibilidad determinada de forma individual.	Sí	Ninguno

Servicio de valor agregado	Población atendida	Exclusiones	¿Se requiere una autorización previa?	Límites
<p><b>SeniorLink</b>            (continuación de la página anterior)</p> <p>Con el fin de brindar apoyo a todos los cuidadores, especialmente a los que viven en poblaciones desfavorecidas, como los territorios indígenas, Seniorlink ha invertido en el desarrollo de la competencia cultural entre sus equipos de atención en temas como historia, demografía, socioeconomía, gobierno, relaciones familiares, sistemas de creencias, estilos de comunicación verbal y no verbal, diferencias rurales versus urbanas, prácticas de atención de la salud y estrategias de implementación en la comunidad de nativos americanos.</p>	Miembros mayores y miembros con LTSS Miembros indígenas mayores	Requiere una evaluación y aprobación. Elegibilidad determinada de forma individual.	Sí	Ninguno
<p><b>Senior.One</b></p> <p>Los servicios de orientación de atención integral se adaptaron para mejorar el proceso de atención de la salud de los miembros inscriptos en los programas de Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS). La misión es agilizar el proceso de orientación de la atención para garantizar que todos los adultos mayores reciban la atención personalizada y el apoyo que merecen.</p>	Adultos mayores y miembros con LTSS	Ninguna	No	Ninguno

## Beneficios

Servicio de valor agregado	Población atendida	Exclusiones	¿Se requiere una autorización previa?	Límites
<b>Tecnología</b>  SelfCare es una aplicación digital de autoayuda que utiliza herramientas y técnicas basadas en terapia cognitivo-conductual para mejorar el bienestar mental general y el seguimiento de la salud conductual, lo que ayuda a los miembros antes de que tengan una crisis. Self Care está diseñado para permitir la resiliencia al ayudar a los miembros a desarrollar nuevas habilidades y hábitos diarios.  Las características incluyen programas digitales a su propio ritmo disponibles bajo demanda, en cualquier momento; encuestas sobre depresión clínica, ansiedad y bienestar reconocidas por la industria; y apoyo de salud mental basado en evidencias a través de seguimientos, habilidades de salud mental, conjuntos de herramientas y comunidades; disponibles en inglés y español. Con una calificación de satisfacción del miembro del 97%, Self Care ofrece apoyo digital a los miembros que tal vez no estén listos para un tratamiento tradicional.	Todos los miembros	Ninguna	No	Ninguno

Servicio de valor agregado	Población atendida	Exclusiones	¿Se requiere una autorización previa?	Límites
<b>Tecnología</b>  Permite que los miembros se conecten con sus proveedores de forma virtual, por teléfono (a través de LifeLine), planes de datos, Internet en el hogar y dispositivos de supervisión remota de pacientes.	Todos los miembros	Límite de hasta \$250 por miembro	No	\$50 por mes
<b>Tratamientos Tradicionales/ Alternativos</b>  Respalda la preferencia de los miembros por apoyos de curación alternativos y proporciona recursos para promover la atención centrada en la persona y el mantenimiento de la salud general. Proporcionaremos un reembolso anual de \$300 para los miembros nativos americanos y por prácticas tradicionales o curativas.	Nativos americanos	Mayores de 18 años	No	\$300 por año

## Beneficios

Servicio de valor agregado	Población atendida	Exclusiones	¿Se requiere una autorización previa?	Límites
<p><b>Servicios de transporte</b></p> <p>Servicio de transporte a servicios comunitarios no médicos, como servicios del programa para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants and Children, WIC), Administración del Seguro Social, clases de preparación para el parto, lugares de culto, tiendas de comestibles, actividades relacionadas con el trabajo, bancos de alimentos y reuniones de grupos de apoyo.</p> <p>UnitedHealthcare permitirá que un familiar o cuidador acompañe a los miembros a su cita, con una aprobación previa de tres días de anticipación.</p>	Todos los miembros	<p>Límite de 20 viajes de ida o vuelta o 10 viajes de ida y vuelta por año.</p> <p>No se permiten los traslados para ir o regresar de licorerías, casinos, bares ni carreras de caballos</p> <p>El millaje de viaje se limita a un radio de 75 millas. Los traslados más largos requieren aprobación previa. El transporte puede estar limitado a un proveedor cercano a su domicilio.</p>	<p>No</p> <p>El transporte debe programarse con Servicios para Miembros</p>	\$1000 por año

Servicio de valor agregado	Población atendida	Exclusiones	¿Se requiere una autorización previa?	Límites
<p><b>Servicios de Lactancia y Doula Virtual</b></p> <p>Virtual Maternal Health Solution ofrece acceso a demanda a doulas y asesores sobre lactancia, las 24 horas del día, los siete días de la semana, para abordar las necesidades agudas, inquietudes y preguntas de las miembros acerca de su experiencia perinatal y la salud del bebé. Galileo respalda la experiencia perinatal ofreciendo atención prenatal de rutina en coordinación con proveedores locales para pruebas, ecografías y otros servicios que requieren atención en persona; seguimiento y manejo de las pruebas y exámenes adecuados; identificación temprana, manejo y referido de embarazos de alto riesgo; y referidos y exámenes de salud conductual integrados. El enfoque de Galileo en el cuidado integral de la persona incluye priorizar la evaluación de determinantes sociales de la salud (social determinants of health, SDOH) y los referidos a apoyos comunitarios con el fin de mejorar aún más los recursos disponibles para nuestras miembros embarazadas y padres.</p>	Miembros embarazadas, en período de posparto y con hijos	Ninguna	Sí	Un año

## Beneficios

---

Servicio de valor agregado	Población atendida	Exclusiones	¿Se requiere una autorización previa?	Límites
<b>Servicios de Lactancia y Doula Virtual</b> (continuación de la página anterior) Todos los servicios de Galileo están disponibles en español e inglés. Los miembros que configuren su preferencia en español recibirán la experiencia completa en español (no del inglés traducido al español).	Miembros embarazadas, en período de posparto y con hijos	Ninguna	Sí	Un año
<b>Servicios Dentales</b> Tratamiento de barniz de flúor/ ACC	Todos los miembros	Uno de por vida	No	Ninguno
<b>Servicios Dentales</b> Tratamiento con flúor	Todos los miembros	Tratamiento cada seis meses.	No	Ninguno
<b>Servicios de la Visión</b> Examen de visión refractivo	Todos los miembros	Una vez cada 24 meses	No	Ninguno

Servicio de valor agregado	Población atendida	Exclusiones	¿Se requiere una autorización previa?	Límites
<p><b>Mujeres/Bebés</b></p> <p>Wellhop es un grupo virtual de apoyo para miembros embarazadas. El programa incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conversaciones grupales por video con un facilitador capacitado y miembros que cursan la misma etapa de gestación</li> <li>• Información basada en evidencia sobre el embarazo y el posparto, artículos educativos, videos, pódcasts y más</li> <li>• Acceso cómodo desde dispositivos móviles</li> </ul> <p>Acceso a la comunidad en línea las 24 horas del día, los siete días de la semana</p>	Miembros embarazadas, en período de posparto y con hijos	Ninguna	No	Ninguno
<p><b>Fondo de Fuerza Laboral</b></p> <p>Proporciona becas/financiación a los miembros que buscan obtener una certificación, un título o programas de fuerza laboral</p>	Todos los miembros	Requiere información de inscripción en el programa	Sí	Hasta \$1500 por miembro

## Beneficios

---

# Paquete de Beneficios Alternativos (ABP) cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan

La siguiente tabla ofrece una comparación del paquete de servicios de ABP con los servicios cubiertos por Medicaid estándar. Dado que las personas que tienen cobertura del Paquete de Beneficios Alternativos siempre tendrán entre 19 y 64 años, la comparación con la cobertura estándar de Medicaid es para el mismo rango de edad (a partir de los 19 años).

**Los miembros de 0 a 20 años obtienen esencialmente beneficios completos a través de el beneficio EPSDT**

Categoría de beneficios y servicio	Cobertura de ABP (beneficiarios de 19 a 64 años)	Cobertura estándar de Medicaid (para mayores de 19 años)
<b>Servicios para pacientes ambulatorios</b>		
<b>Acupuntura</b>	No tiene cobertura.	Con cobertura.
<b>Ensayos clínicos sobre el cáncer</b>	Cobertura con autorización previa.	Cobertura con autorización previa.
<b>Servicios quiroprácticos</b>	Con cobertura.	Con cobertura.
<b>Servicios dentales</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Diagnóstico dental</li><li>• Radiología dental</li><li>• Atención dental preventiva</li><li>• Servicios de restauración dental</li><li>• Prostodoncia (extraíble)</li><li>• Cirugía bucal</li><li>• Servicios de endodoncia para dientes anteriores</li></ul>	Con cobertura.  Los servicios odontológicos preventivos se cubren en función de un programa de periodicidad.	Con cobertura.
<b>Diálisis</b>	Con cobertura.	Con cobertura.

## Beneficios

Categoría de beneficios y servicio	Cobertura de ABP (beneficiarios de 19 a 64 años)	Cobertura estándar de Medicaid (para mayores de 19 años)
<b>Servicios para pacientes ambulatorios (continuación)</b>		
<b>Audífonos y exámenes de audífonos</b>	No tiene cobertura, excepto para los beneficiarios de 19 a 20 años.  Consulte la página 106 Exención del ABP para saber si es posible la cobertura para los miembros elegibles.	Con cobertura.
<b>Monitores Holter y monitores de eventos cardíacos</b>	Con cobertura.	Con cobertura.
<b>Servicios de atención médica y de infusión intravenosa en el hogar</b>	Cubiertos cuando sea médicaamente necesario.  La atención médica en el hogar se limita a 100 visitas de cuatro horas por año.  Consulte la página 106 Exención del ABP para saber si es posible la cobertura para los miembros elegibles.	Cubiertos cuando sea médicaamente necesario.  No se aplican límites a la cantidad de visitas.
<b>Servicios de cuidados paliativos</b>	Con cobertura.	Con cobertura.
<b>Transporte médico para casos que no sean de emergencia</b>	Con cobertura.	Con cobertura.
<b>Análisis de laboratorio de diagnóstico, radiografías y patología para pacientes ambulatorios</b>	Con cobertura.	Con cobertura.
<b>Cirugía ambulatoria</b>	Con cobertura.	Con cobertura.
<b>Atención primaria para tratar enfermedades/lesiones</b>	Con cobertura.	Con cobertura.
<b>Radioterapia y quimioterapia</b>	Con cobertura.	Con cobertura.
<b>Servicios para pacientes ambulatorios (continuación)</b>		
<b>Alimentos médicos especiales para errores innatos del metabolismo</b>	No tiene cobertura, excepto para los beneficiarios de 19 a 20 años cuando sean médicaamente necesarios.	Se cubren para los beneficiarios de 19 a 20 años cuando sean médicaamente necesarios.
<b>Visitas al especialista</b>	Con cobertura.	Con cobertura.
<b>Servicios de telemedicina</b>	Con cobertura.	Con cobertura.

## Beneficios

Categoría de beneficios y servicio	Cobertura de ABP (beneficiarios de 19 a 64 años)	Cobertura estándar de Medicaid (para mayores de 19 años)
<b>Tratamiento de la diabetes</b>	Con cobertura.	Con cobertura.
<b>Atención oftalmológica para lesiones o enfermedades oculares</b>	Con cobertura. Los exámenes de refracción ocular también se cubren.	Con cobertura. Medicaid estándar cubre los exámenes de refracción ocular y los servicios de visión de rutina.
<b>Atención oftalmológica: de rutina</b> (refracción, armazones y lentes)	Con cobertura para miembros con lesiones o enfermedades oculares. Sin cobertura para miembros sin lesiones ni enfermedades oculares. La refracción para la agudeza visual en la atención de la vista de rutina está cubierta para miembros de 19 a 20 años.	Con cobertura. No hay límites de edad.
<b>Accesorios para la visión</b> (anteojos o lentes de contacto)	Con cobertura solo después de la extracción del cristalino de uno o ambos ojos (afaquea). La cobertura de los materiales se limita a un par de lentes de contacto o anteojos por cirugía, dentro de los 90 días posteriores a la cirugía.  Los accesorios para la visión y la atención de la vista de rutina están cubiertos para destinatarios de 19 a 20 años conforme a un cronograma de periodicidad.	Con cobertura.  Los lentes de contacto requieren una autorización previa.
<b>Servicios de emergencia</b>		
<b>Servicios/centros de emergencia</b>	Con cobertura.	Con cobertura.
<b>Servicios de ambulancia aérea o terrestre para emergencias</b>	Con cobertura.	Con cobertura.
<b>Servicios/centros de atención de urgencia</b>	Con cobertura.	Con cobertura.

Categoría de beneficios y servicio	Cobertura de ABP (beneficiarios de 19 a 64 años)	Cobertura estándar de Medicaid (para mayores de 19 años)
<b>Hospitalización</b>		
<b>Cirugía bariátrica</b>	Con cobertura.  Límite de una de por vida y cuando sea médicaamente necesaria.  Consulte la página 106 <b>Exención del ABP</b> para saber si es posible la cobertura para los miembros elegibles.	Con cobertura.  No se aplican límites a la cantidad de cirugías, siempre que sean médicaamente necesarias.
<b>Atención médica y quirúrgica hospitalaria</b>	Con cobertura.	Con cobertura.
<b>Trasplantes de órganos y tejidos</b>	Con cobertura.  Límite de dos de por vida.  Consulte la página 106 <b>Exención del ABP</b> para saber si es posible la cobertura para los miembros elegibles.	Con cobertura.  No se aplican límites a la cantidad de trasplantes, siempre que sean médicaamente necesarios.
<b>Cirugía reconstructiva para la corrección de trastornos resultantes de lesiones accidentales, defectos congénitos o enfermedades</b>	Con cobertura.	Con cobertura.
<b>Atención de maternidad</b>		
<b>Programa de opciones de parto</b>	Con cobertura.	Con cobertura.
<b>Parto y servicios de maternidad para pacientes hospitalizadas</b>	Con cobertura.	Con cobertura.
<b>Atención prenatal y posnatal</b>	Con cobertura.	Con cobertura.

## Beneficios

---

Categoría de beneficios y servicio	Cobertura de ABP (beneficiarios de 19 a 64 años)	Cobertura estándar de Medicaid (para mayores de 19 años)
<b>Servicios de salud conductual, servicios de salud mental y servicios para los trastornos por consumo de sustancias</b>		
<b>Tratamiento asertivo comunitario (Assertive Community Treatment, ACT)</b>	Con cobertura.	Con cobertura.
<b>Servicios de apoyo para la salud conductual</b> (apoyo familiar, servicios de recuperación, servicios de relevo)	Con cobertura.	Con cobertura.
<b>Terapia electroconvulsiva (Electroconvulsive Therapy, ECT)</b>	Con cobertura.	Con cobertura.
<b>Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados en una unidad psiquiátrica de un hospital general, incluida la desintoxicación por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados</b>	Con cobertura.	Con cobertura.
<b>Tratamiento asistido con medicamentos para la adicción a opioides</b>	Con cobertura.	Con cobertura.
<b>Servicios de profesionales de la salud conductual para pacientes ambulatorios</b> (incluyen evaluación, pruebas, administración de medicamentos y terapia)	Con cobertura.	Con cobertura.
<b>Servicios ambulatorios para la dependencia del alcoholismo y las drogas, incluido el Programa Intensivo para Pacientes Ambulatorios (Intensive Outpatient Program, IOP)</b>	Con cobertura.	Con cobertura.
<b>Rehabilitación psicosocial (Psychosocial Rehabilitation, PSR)</b>	Con cobertura.	Con cobertura.

Categoría de beneficios y servicio	Cobertura de ABP (beneficiarios de 19 a 64 años)	Cobertura estándar de Medicaid (para mayores de 19 años)
<b>Medicamentos</b>		
<b>Medicamentos con receta</b>	Con cobertura.	Con cobertura.
<b>Medicamentos de venta libre</b>	<p>La cobertura se limita a medicamentos prenatales y aspirina en dosis bajas como medidas preventivas para afecciones cardíacas.</p> <p>Se pueden considerar otros artículos de venta libre para la cobertura solo cuando el artículo se considere más apropiado desde el punto de vista médico o económico que los medicamentos con receta, los medicamentos anticonceptivos y los dispositivos y artículos para controlar la diabetes.</p>	<p>Con cobertura.</p> <p>Se aplican algunas limitaciones.</p>
<b>Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación</b>		
<b>Trastorno del espectro autista</b>	<p>Cobertura para beneficiarios de 19 años o menos; o de 21 años o menos cuando estén inscritos en la escuela secundaria.</p> <p>Incluye fisioterapia, terapia ocupacional y del habla, y análisis conductual aplicado.</p>	La cobertura finaliza a los 21 años.
<b>Rehabilitación cardiovascular</b>	<p>Con cobertura.</p> <p>Límite de 36 visitas por evento cardíaco.</p>	<p>Con cobertura.</p> <p>No se aplican límites a la cantidad de visitas, siempre que sean médicalemente necesarias.</p>

## Beneficios

Categoría de beneficios y servicio	Cobertura de ABP (beneficiarios de 19 a 64 años)	Cobertura estándar de Medicaid (para mayores de 19 años)
<b>Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación (continuación)</b>		
<b>Equipo médico duradero (DME), suministros médicos, aparatos ortopédicos y dispositivos protésicos, incluida la reparación o sustitución</b>	<p>Con cobertura.</p> <p>Requiere la receta de un proveedor.</p> <p>El Equipo Médico Duradero se limita a un cronograma de periodicidad y debe ser médicalemente necesario.</p> <p>Los suministros médicos desechables se limitan a suministros para la diabetes y anticonceptivos.</p> <p>Los aparatos ortopédicos para el pie, incluidos calzados y soportes de arco, solo se cubren cuando son una parte integral de un aparato ortopédico para piernas o son calzados para personas con diabetes.</p>	<p>Con cobertura.</p> <p>La mayoría de los suministros médicos desechables médicalemente necesarios también se cubren cuando los receta un médico.</p>
<b>Suministros médicos desechables</b> , como pañales, almohadillas impermeables, gasas, guantes, apósticos, suministros de colostomía, para uso en el hogar por parte de un beneficiario	<p>No tiene cobertura, excepto los suministros para personas con diabetes (reactivos, tiras reactivas, agujas, cintas de prueba, hisopos con alcohol, etc.) y los suministros necesarios para utilizar oxígeno o Equipo Médico Duradero, por ejemplo, para administrar oxígeno, utilizar nebulizador, limpiar tráqueas para el uso de un respirador o ayudar en tratamientos con yesos o férulas.</p>	<p>Con cobertura.</p> <p>La mayoría de los suministros médicos desechables médicalemente necesarios también se cubren cuando los receta un médico.</p>

Categoría de beneficios y servicio	Cobertura de ABP (beneficiarios de 19 a 64 años)	Cobertura estándar de Medicaid (para mayores de 19 años)
<b>Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación (continuación)</b>		
<b>Centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados</b>	Con cobertura.  Centro de enfermería especializada o centro de rehabilitación aguda.	Con cobertura.
<b>Prótesis internas</b> <b>Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional</b> (servicios de rehabilitación y habilitación)	Con cobertura.  Con cobertura.  Terapia a corto plazo limitada a dos meses consecutivos por afección. Las terapias a largo plazo no tienen cobertura.	Con cobertura.  Los servicios de rehabilitación se cubren.  No se aplican límites a la duración de la terapia, siempre que sea médica mente necesaria.  Los servicios de habilitación no tienen cobertura.
<b>Terapia pulmonar</b>	Con cobertura.  Límite de 36 visitas por año.	Con cobertura.  No se aplican límites a la duración de la terapia, siempre que sea médica mente necesaria.
<b>Enfermería especializada</b>	Cobertura principalmente a través de agencias de atención médica en el hogar; sujeta a limitaciones de beneficios para la salud en el hogar (100 visitas de cuatro horas por año).  Consulte la página 106 Exención del ABP para saber si es posible la cobertura para los miembros elegibles.	Cobertura a través de agencias de atención médica en el hogar.  No se aplican límites a la cantidad de visitas, siempre que sean médica mente necesarias.
<b>Servicios de laboratorio y radiología</b>		
<b>Diagnóstico por imágenes</b>	Con cobertura.	Con cobertura.

## Beneficios

Categoría de beneficios y servicio	Cobertura de ABP (beneficiarios de 19 a 64 años)	Cobertura estándar de Medicaid (para mayores de 19 años)
<b>Servicios de laboratorio y radiología</b>		
<b>Análisis de laboratorio, servicios de radiografía y patología</b>	Con cobertura.	Con cobertura.
<b>Servicios preventivos y de bienestar, y manejo de enfermedades crónicas</b>		
<b>Pruebas de alergia e inyecciones</b>	Con cobertura.	Con cobertura.
<b>Consulta anual para hablar sobre el estilo de vida y la conducta que promueven la salud y el bienestar</b>	Con cobertura.	Cobertura para beneficiarios de 19 a 20 años.
<b>Examen físico anual</b>	Con cobertura.	<p>Los exámenes físicos periódicos solo se cubren para beneficiarios de 19 a 20 años.</p> <p>Pueden realizarse exámenes físicos anuales adicionales a través de UnitedHealthcare Community Plan.</p> <p>Los servicios de oftalmología, incluidas refracciones, anteojos y lentes de contacto, se cubren, pero se limitan a un cronograma de periodicidad establecido.</p>
<b>Manejo de enfermedades crónicas</b>	Cobertura a través de servicios de proveedores de atención primaria.	Cobertura a través de servicios de proveedores de atención primaria.
<b>Equipo, suministros y educación sobre la diabetes</b>	Con cobertura.	Con cobertura.
<b>Evaluación y pruebas genéticas</b>	Con cobertura.	Con cobertura.
	Prueba de triple suero y pruebas genéticas para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad actual.	

## Beneficios

<b>Categoría de beneficios y servicio</b>	<b>Cobertura de ABP (beneficiarios de 19 a 64 años)</b>	<b>Cobertura estándar de Medicaid (para mayores de 19 años)</b>
<b>Servicios preventivos y de bienestar, y manejo de enfermedades crónicas (continuación)</b>		
<b>Vacunas</b>	Con cobertura.	Con cobertura.
<b>Colocación o extracción de dispositivos anticonceptivos</b>	Con cobertura.	Con cobertura.
<b>Asesoramiento y evaluaciones nutricionales</b>	Con cobertura.  Evaluación y asesoramiento nutricional como tratamiento médico de una enfermedad documentada, incluida la obesidad.	No tiene cobertura, excepto para los beneficiarios de 19 a 20 años y durante el embarazo.  Puede haber beneficios adicionales disponibles cuando se proporcionan a través de UnitedHealthcare Community Plan.
<b>Diagnóstico, tratamiento y manejo de la osteoporosis</b>	Con cobertura.	Con cobertura.
<b>Examen colorrectal periódico (de 50 a 75 años)</b>	Con cobertura.	Con cobertura.
<b>Examen de la visión para detectar glaucoma (a partir de los 35 años)</b>	Con cobertura.	Con cobertura.
<b>Mamografías periódicas (a partir de los 40 años)</b>	Con cobertura.	Con cobertura.
<b>Análisis periódico de heces (de 50 a 75 años)</b>	Con cobertura.	Solo se cubre cuando esté médicaamente indicado.
<b>Análisis periódico para detectar hemoglobina en la sangre, medir la presión arterial, el nivel de glucosa en sangre y el nivel de colesterol en sangre o un nivel de colesterol fraccionado</b>	Con cobertura.	Con cobertura.

## Beneficios

Categoría de beneficios y servicio	Cobertura de ABP (beneficiarios de 19 a 64 años)	Cobertura estándar de Medicaid (para mayores de 19 años)
<b>Servicios preventivos y de bienestar, y manejo de enfermedades crónicas (continuación)</b>		
<b>Podología y cuidado rutinario de los pies</b>	Cubiertos cuando sea médicaamente necesario.	Con cobertura.
<b>Atención preventiva</b>	Con cobertura.  Incluye las recomendaciones con calificación "A" y "B" del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE. UU.; las recomendaciones de atención y exámenes de detección preventivos del programa Bright Futures de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources and Services Administration, HRSA); y servicios preventivos para mujeres recomendados por los Institutes of Medicine.	Cobertura limitada.  Muchos exámenes de detección se cubren cuando son apropiados en función de la edad o los antecedentes familiares.
<b>Pruebas de Papanicolaou (de 21 a 65 años)</b>	Con cobertura.	Con cobertura.
<b>Estudios sobre el sueño</b>	Cobertura para un diagnóstico.	Con cobertura.
<b>Tratamiento para dejar de fumar</b>	Con cobertura.  Diagnóstico, asesoramiento y medicamentos con receta.	Cobertura solo para beneficiarios menores de 20 años y para mujeres embarazadas.
<b>Servicios voluntarios de planificación familiar</b>	Con cobertura.	Con cobertura. (Igual que el ABP)
<b>Programas de pérdida de peso</b>	No tiene cobertura.	No tiene cobertura.

Categoría de beneficios y servicio	Cobertura de ABP (beneficiarios de 19 a 64 años)	Cobertura estándar de Medicaid (para mayores de 19 años)
<b>Servicios y apoyo a largo plazo</b>		
<b>Beneficios comunitarios</b>	No tiene cobertura.  Consulte la página 106 <b>Exención del ABP</b> para saber si es posible la cobertura para los miembros elegibles.	Cobertura para los miembros que cumplan con el nivel de atención para un centro de enfermería (Nursing Facility Level of Care, NFLOC).
<b>Atención en un centro de enfermería</b>	No tiene cobertura, excepto como un nivel de atención reducida de un hospital antes de recibir el alta cuando los servicios de enfermería especializada a corto plazo son médicaamente necesarios.	Se cubre cuando se cumplen los requisitos para acceder a estos servicios, incluidos los criterios de nivel de atención para un centro de enfermería (NFLOC).
<b>Transporte</b>	Con cobertura.	Con cobertura.

## Manejo de enfermedades y administración de la atención médica

Si usted tiene una afección de salud crónica, como asma o diabetes, UnitedHealthcare Community Plan tiene un programa para ayudarle a vivir con su afección y mejorar su calidad de vida. Estos programas son voluntarios y están disponibles para usted. Proporcionan información importante sobre su afección de salud, medicamentos, tratamientos y la importancia de las visitas de seguimiento con su médico. Las afecciones crónicas que tratan son las siguientes: asma infantil, diabetes, EPOC (enfisema) y depresión.

Un equipo de profesionales de la enfermería y trabajadores sociales trabajará con usted, su familia, su médico de cabecera, otros proveedores de atención médica y los recursos de la comunidad para diseñar un plan de atención que satisfaga sus necesidades en el entorno más adecuado. También pueden ayudarle con relación a otras inquietudes, como pérdida de peso, cómo dejar de fumar y realizar citas con su médico, y le recordarán los exámenes especiales que podría necesitar.

Usted o su médico pueden llamarnos para preguntar si nuestros programas de administración de la atención o de las enfermedades podrían ayudarle. Si usted o su médico creen que un administrador de atención podría ayudarle, o si desea más información sobre nuestros programas de administración de la atención o de las enfermedades, llame a Servicios para Miembros al **1-800-672-2156** o **1-401-732-7373**.

# Programas de bienestar

UnitedHealthcare Community Plan tiene varios programas y herramientas que pueden ayudarle para mantenerse sano y mantener a su familia saludable, por ejemplo:

- Clases para ayudarle a dejar de fumar. Si está embarazada o es menor de 21 años, puede acceder a asesoramiento y medicamentos para dejar de fumar.
- Clases prenatales y para padres/madres
- Clases de nutrición
- Recordatorios de bienestar

Su proveedor puede sugerir uno de estos programas para usted. Si desea recibir más información o encontrar un programa cerca de donde vive, hable con su médico de cabecera o llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-0826, TTY 711**.

# Servicios de salud conductual

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, usted es elegible para recibir Servicios de Salud Conductual. Estos servicios pueden ayudarle con los problemas personales que pueden afectarles a usted o a su familia, como estrés, depresión, ansiedad, problemas con apuestas, o el uso de drogas o alcohol.

Para encontrar un proveedor de salud conductual, llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-0826, TTY 711**.

## Para futuras mamás y niños

### ¿Qué sucede si estoy embarazada?

Comuníquese con su proveedor de atención primaria. El nombre y el número de teléfono se encuentran en su tarjeta de identificación. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita ayuda.

### Embarazo

En UnitedHealthcare Community Plan, queremos que usted tenga un embarazo y un bebé saludables. Queremos que usted y su bebé reciban toda la atención que necesitan. Por ese motivo, contamos con un programa especial para usted y su bebé.

Nuestro equipo de salud materno infantil le ayudará a aprender qué esperar cuando visite a su médico y cómo cuidar de su cuerpo que está cambiando. Estas son algunas de las cosas que le ayudaremos a aprender:

- Recursos locales
- Usted, su médico
- Nutrición, peso y bienestar
- Actividad física
- Salud sexual
- Adicción a las drogas
- Violencia doméstica

#### Mujeres embarazadas

Si piensa que está embarazada, llame a la oficina local del Departamento de Servicios Humanos (DHS) y a Servicios para Miembros al **1-877-236-0826**, TTY **711**. Esto le ayudará a asegurarse de recibir todos los servicios a su disposición.

### Deje que le ayudemos

Si está embarazada o desea quedar embarazada, infórmeme a su coordinador de atención llamando al **1-877-236-0826**.

## Beneficios

---

### Programa de Opciones de Parto

#### ¿Le ofrecieron el programa de opciones de parto?

Puede elegir recibir atención en un centro de partos, en su hogar o en un hospital por una partera. Las parteras deben ser proveedoras de atención médica aprobadas por Medicaid para poder participar en este programa. Hable con su partera sobre los problemas que pueden ocurrir si no da a luz a su bebé en un hospital.

Si desea recibir servicios de parto fuera de un hospital, usted tiene el derecho y la responsabilidad de:

- Recibir un consentimiento informado de la partera sobre los problemas que pueden ocurrir si no da a luz a su bebé en un hospital.
- Completar la declaración de confirmación/descargo MAD 318, que proporciona un descargo para la autoridad de atención médica de la persona inscrita en Medicaid.
- Entender que el Programa de Opciones de Parto no cubre la gama completa de los servicios de partera ni reemplaza la atención pediátrica que debe tener lugar en una clínica de atención primaria.
- Saber que no se requieren autorizaciones previas para los servicios del Programa de Opciones de Parto.

### Servicios neonatales

Queremos que su bebé esté saludable. En ocasiones, se necesita atención después del nacimiento de su hijo. Uno de nuestros coordinadores de atención especializada le llamará si su bebé está en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (Neonatal Intensive Care Unit, NICU). Si su bebé necesita atención adicional, estamos aquí para usted.

Nuestros coordinadores de atención de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales tienen muchos años de experiencia. Su coordinador de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales se ocupará de lo siguiente:

- Responderá preguntas sobre su parto y atención del recién nacido
- Brindará información para ayudarla a tomar decisiones
- Trabajará con el centro de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales para asegurarse de que usted y su bebé obtengan la atención que necesitan
- La ayudará a hacer un plan para llevar a su bebé al hogar y para cualquier necesidad de atención domiciliaria
- La contactará con los recursos y servicios locales
- Revisará sus beneficios para asegurarse de que usted esté utilizando todos los servicios a su disposición

### Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos (EPSDT)

El propósito de los servicios de Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos es detectar y tratar los problemas de salud de forma temprana para que los niños puedan tener la mejor salud y desarrollo posibles. Los servicios cubiertos incluyen controles de salud de los niños, evaluaciones y tratamientos para las necesidades de salud conductual, terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla. Los servicios de Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos están cubiertos para todos los niños y adolescentes menores de 21 años.

Para recibir cualquier servicio de Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos, el miembro necesita un examen y una receta del proveedor. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-0826, TTY 711**.

# Otros detalles del plan

---

## Cómo encontrar un proveedor de la red

Hacemos que encontrar un proveedor de la red sea fácil. Para encontrar un proveedor o una farmacia de la red cerca de usted debe hacer lo siguiente:

Visite [myuhc.com/communityplan/nm](http://myuhc.com/communityplan/nm) para obtener la información más actualizada. Haga clic en “Find a Provider” (Buscar un proveedor).

Llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-0826, TTY 711**. Podemos buscar proveedores de la red por usted. O, si lo desea, podemos enviarle un Directorio de Proveedores por correo postal.

## Directorio de Proveedores

Tiene un Directorio de proveedores disponibles en su área. El directorio contiene las direcciones y los números de teléfono de nuestros proveedores dentro de la red.

La información de los proveedores se modifica con frecuencia. Visite nuestro sitio web para obtener la lista más actualizada en [myuhc.com/communityplan/nm](http://myuhc.com/communityplan/nm). Puede ver o imprimir el Directorio de proveedores desde el sitio web, o hacer clic en “Find a Provider” (Buscar un proveedor) para utilizar nuestro directorio de búsqueda en línea.

Si desea una copia impresa de nuestro directorio, llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-0826, TTY 711**, y le enviaremos una por correo postal.

## Servicios de interpretación y asistencia lingüística

Muchos de nuestros empleados de Servicios para Miembros hablan más de un idioma. Si no puede comunicarse con un empleado que hable su idioma, puede requerir un intérprete que le ayude a comunicarse con Servicios para Miembros.

Muchos de nuestros proveedores de la red también hablan más de un idioma. Si consulta a un proveedor que no habla su idioma, puede requerir nuestro intérprete o los servicios de lenguaje de señas para ayudarle durante su cita. Coordine sus servicios de interpretación al menos 72 horas antes de su cita. Los servicios de lenguaje de señas requieren notificación con dos semanas de anticipación. Este servicio no tiene ningún costo para usted.

102 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite [myuhc.com/communityplan/nm](http://myuhc.com/communityplan/nm) o llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-0826, TTY 711**.

También puede obtener cualquier material impreso que le envíemos en otro idioma o traducido para usted. Para coordinar servicios de interpretación, traducción o formato de audio, llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-0826, TTY 711**.

# Pago de servicios

### ¿Necesito pagar los servicios?

La mayoría de los servicios están cubiertos por Turquoise Care. En algunos casos, se aplican copagos. La única ocasión en que usted debe pagar es cuando Turquoise Care no cubre un servicio o cuando recibe servicios que no son de emergencia sin cumplir las normas de autorización previa. En estos casos, el proveedor debe hablar con usted primero sobre el pago. Aun si no cumple con el pago, puede conservar su elegibilidad para recibir Medicaid.

### ¿Qué sucede si me cobran un precio excesivo por error?

Si a un miembro se le han cobrado copagos en exceso de forma incorrecta, tiene derecho a que el proveedor le reembolse el dinero. La División de Apoyo Económico (Income Support Division, ISD) del Departamento de Servicios Humanos determina la elegibilidad para la mayoría de las categorías de Medicaid. Si la familia del miembro no está de acuerdo con el cálculo de los ingresos de la unidad familiar, puede solicitar una audiencia imparcial al Departamento de Servicios Humanos.

Los miembros tienen derecho a solicitar a UnitedHealthcare Community Plan en cualquier momento un informe del total de copagos acumulados de su unidad familiar. Si el miembro no está de acuerdo con el informe de copagos acumulados de la Organización de Atención Administrada, puede presentar una apelación directamente ante Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan.

### ¿Qué sucede si recibo una factura del médico?

Si recibe una factura de un proveedor:

- Pregúntele por qué le está facturando
- Proporciónele su información de Turquoise Care

Usted no tiene que pagar las facturas que debería pagar UnitedHealthcare Community Plan.

### ¿Con quién me comunico si recibo una factura?

Si recibe una factura:

- Llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-0826**
- Asegúrese de tener su factura cuando llame

## Otros detalles del plan

---

### **¿Qué información necesitarán?**

Necesita informarnos quién envió la factura, la fecha del servicio, el monto y el número de teléfono y la dirección del proveedor. También debe dar su nombre, número de identificación y otra información.

### **¿Qué sucede si tengo otro seguro además de Turquoise Care?**

Debe informar sobre su otro seguro de salud a la oficina local de la División de Asistencia Económica. Si su seguro privado se cancela, tiene una nueva cobertura o alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros o a su coordinador de atención. Tener otro seguro no afecta su capacidad para calificar o no para Turquoise Care.

## Copagos

Los copagos son cargos que podría tener que pagar para obtener ciertos servicios no cubiertos por el plan, pero no se le puede negar un servicio si no puede pagar el copago. Infórmeme a su proveedor si no puede pagar. Los beneficios de Turquoise Care no tienen costo ni copago para los miembros elegibles en el momento del servicio.

### **Obligación del miembro de pagar un copago**

Cuando se cobra un copago, los miembros no elegibles deben efectuar el pago en el momento del servicio o coordinar el pago con el proveedor en una fecha posterior. El proveedor o la Organización de Atención Administrada puede utilizar cualquier medida legal disponible para cobrar dichos montos.

**Los siguientes copagos se aplican a estos miembros:****CHIP (Children's Health Insurance Plan)**

Copagos en virtud del CHIP:

Del nacimiento a los 5 años, nivel federal de pobreza (federal poverty level, FPL) del 241–300%  
De los 6 a los 18 años, nivel federal de pobreza de 191–240%

Beneficio	Monto del copago	Notas
<b>Medicamentos con receta: preferidos</b>	Sin copago	Ver la Lista de medicamentos preferidos (Preferred Drug List, PDL).
<b>Medicamentos con receta: no preferidos</b>	Sin copago	Cuando un medicamento menos costoso está disponible en la PDL.  Los medicamentos psicotrópicos están exentos.
<b>Visita de pacientes ambulatorios</b>	Sin copago	Incluye visita a un médico u otro profesional, dentista, oftalmólogo, sesión de terapia u otro servicio de salud conductual.
<b>Ingreso a un hospital</b>	Sin copago	Todos los ingresos.
<b>Hospital: para uso que no sea de emergencia de una sala de emergencias</b>	Sin copago	Cuando la sala de emergencias se utiliza por otro motivo que no sea una emergencia.

## Otros detalles del plan

---

### Personas trabajadoras con una discapacidad (Working Disabled Individuals, WDI)

Copagos en virtud del WDI:

Nivel federal de pobreza de hasta el 250%

Beneficio	Monto del copago	Notas
<b>Medicamentos con receta: preferidos</b>	Sin copago	Ver la Lista de medicamentos preferidos (Preferred Drug List, PDL).
<b>Medicamentos con receta: no preferidos</b>	Sin copago	Cuando un medicamento menos costoso está disponible en la PDL.  Los medicamentos psicotrópicos están exentos.
<b>Visita de pacientes ambulatorios</b>	Sin copago	Incluye visita a un médico u otro profesional, dentista, oftalmólogo, sesión de terapia u otro servicio de salud conductual.
<b>Ingreso a un hospital</b>	Sin copago	Todos los ingresos.
<b>Hospital: para uso que no sea de emergencia de una sala de emergencias</b>	Sin copago	Cuando la sala de emergencias se utiliza por otro motivo que no sea una emergencia.

**Plan de beneficios alternativos (ABP)**

Copagos en virtud del APB:

Nivel federal de pobreza &gt; 100%

Beneficio	Monto del copago	Notas
<b>Medicamentos con receta: preferidos</b>	Sin copago	Ver la Lista de medicamentos preferidos (Preferred Drug List, PDL).
<b>Medicamentos con receta: no preferidos</b>	Sin copago	Cuando un medicamento menos costoso está disponible en la PDL.  Los medicamentos psicotrópicos están exentos.
<b>Visita de pacientes ambulatorios</b>	Sin copago	Incluye visita a un médico u otro profesional, dentista, oftalmólogo, sesión de terapia u otro servicio de salud conductual.
<b>Ingreso a un hospital</b>	Sin copago	Todos los ingresos.
<b>Hospital: para uso que no sea de emergencia de una sala de emergencias</b>	Sin copago	Cuando la sala de emergencias se utiliza por otro motivo que no sea una emergencia.

## Exención del ABP

**La Exención del Plan de Beneficios para Adultos (Exención del ABP)** hace referencia a un miembro sujeto a una cobertura en virtud del ABP que cumple la definición y los requisitos de “afección médica delicada”, o que está exento, de otro modo, de la inscripción obligatoria en el ABP.

Las siguientes personas están exentas del ABP y pueden optar por excluirse voluntariamente del mismo:

- Personas que califican para recibir asistencia médica porque tienen ceguera o una discapacidad (o se las trata como personas ciegas o con una discapacidad) sin tener en cuenta si las personas son elegibles para recibir beneficios de ingreso de seguro suplementario
- Personas que tienen una enfermedad terminal y reciben beneficios por cuidados paliativos
- Personas embarazadas
- Personas que tienen una afección médica delicada

**Los miembros adultos que estarían cubiertos en virtud del ABP, pero que se determinó que cumplen con las definiciones y criterios de la Autoridad de Atención Médica para las siguientes afecciones:**

- Un trastorno mental incapacitante, incluidos personas de hasta veintiún (21) años con alteraciones emocionales graves (SED) y adultos con enfermedad mental grave (SMI)
- Un trastorno de consumo de sustancias crónico
- Una afección médica grave y compleja según la definición de la Autoridad de Atención Médica en la Sección 13 del Manual de la Política de Atención Administrada
- Una discapacidad física, intelectual o del desarrollo que perjudica significativamente la capacidad del miembro para realizar una (1) o más actividades de la vida diaria (activity of daily living, ADL)
- Una determinación de discapacidad según los criterios de Seguridad Social

Para obtener más información sobre los beneficios de estar exento del ABP, las diferencias entre el estado de exento del ABP y ABP, o para autoidentificarse como exento de la inscripción obligatoria en el ABP, llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-0826** (TTY 711 para personas con problemas de audición).

Si no está de acuerdo con la determinación del estado de exento del ABP de UnitedHealthcare, puede utilizar nuestro proceso de apelaciones y quejas para presentar una apelación o queja con respecto a la decisión. Este proceso se explica en la página 124.

## **Decisiones de administración de uso (Utilization Management, UM)**

Los servicios que recibe son muy importantes para nosotros. Le ayudamos a recibir la atención apropiada, en el momento apropiado, en el centro apropiado. No queremos que reciba poca atención o atención que no necesita.

Solo los médicos y farmacéuticos deciden qué servicios están cubiertos. Estas decisiones se basan en la necesidad médica. No recompensamos a nuestro equipo de administración de uso por las decisiones que toma sobre la atención de un miembro.

### **Cómo comunicarse con el equipo de administración de uso de Turquoise Care de UnitedHealthcare Community Plan**

El equipo de administración de uso de Turquoise Care de UnitedHealthcare Community Plan está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. para ayudarle con la administración de uso o las preguntas que tenga sobre notificaciones previas. Puede comunicarse con el equipo llamando a la línea gratuita al **1-877-236-0826**. Hay asistencia disponible fuera del horario de atención llamando al mismo número de teléfono.

## **Programa de mejoramiento de la calidad**

UnitedHealthcare Community Plan of New Mexico desea que usted reciba la mejor atención y servicio. Por ese motivo, tenemos un programa de Administración de la calidad (Quality Management, QM) que nos ayuda a conocer en qué podemos mejorar. Luego lo utilizamos para mejorar. Puede solicitarnos más información. Llame al Servicio al Cliente al **1-877-236-0826**.

## **¿Qué sucede si deseo una segunda opinión?**

Puede recibir en forma gratuita una segunda opinión respecto de su atención médica por parte de un proveedor de la red o, si no hay uno disponible, de un proveedor que no pertenezca a la red. Comuníquese con su proveedor de atención primaria o con su coordinador de atención. También puede comunicarse con Servicio para Miembros.

## Otros detalles del plan

---

# Opciones especiales para miembros nativos americanos

Los miembros nativos americanos pueden dirigirse a un centro de atención médica del Indian Health Service (IHS) o una instalación de atención de la salud para tribus. No se necesita referido ni autorización previa.

## Directrices anticipadas

Las directrices anticipadas son un conjunto de pasos por escrito que usted desea que se tomen cuando ya no pueda decidir sobre su atención médica. Explican qué cuidados quiere y cuáles no quiere. Debería expresar sus deseos a su médico, familiares y amigos. Estos pasos no cambiarán sus beneficios de atención médica.

### ¿Qué son las directrices anticipadas sobre la atención de la salud?

De conformidad con la ley federal y del estado de New Mexico, usted tiene derecho a elaborar una directriz anticipada. Es un documento que le permite decir exactamente cómo quiere que lo traten si está demasiado enfermo como para tomar decisiones acerca de su atención médica. Una directriz anticipada les ayudará al médico y a su familia a tomar decisiones sobre su atención de la salud. También puede designar a una persona para que tome decisiones sobre su atención de la salud. Esa persona se denomina representante o agente y tiene derecho a rechazar o detener el tratamiento para usted en algunos casos.

El documento podría llamarse directriz anticipada de salud, directriz anticipada de salud mental, directriz anticipada psiquiátrica (psychiatric advance directive, PAD), testamento en vida, poder notarial permanente para la atención de la salud o poder notarial permanente para la atención de la salud mental.

Según la política de UnitedHealthcare Community Plan, debemos informar a los miembros de Turquoise Care que pueden hacer esto. La ley federal y estatal establece que los hospitales, las residencias de ancianos y otros proveedores deben informarle sobre las directrices anticipadas. Necesitan explicarle sus opciones legales sobre las decisiones médicas. La ley se creó para darle más control a usted en circunstancias en que no puede tomar decisiones sobre su atención de la salud.

UnitedHealthcare Community Plan cumple con las regulaciones de la Ley de Decisiones de Tratamiento de la Atención de la Salud Mental [Sección 24-7B-1 de NMSA 1978] y la regulación federal del Título 42, Sección 489, subparte I del C.F.R. y del Título 42, Sección 422.128 del C.F.R.

### ¿Cómo obtengo una directriz anticipada?

Llame a Servicios para Miembros o a su coordinador de atención al **1-877-236-0826**. Llame a TTY **711** si tiene dificultades del habla o de audición.

110   **¿Tiene alguna pregunta?** Visite [myuhc.com/communityplan/nm](http://myuhc.com/communityplan/nm)  
o llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-0826**, TTY **711**.

También puede llamar al Centro de Recursos para Personas Ancianas y Discapacitadas del estado de New Mexico al: **1-800-432-2080**.

### **¿Quién tiene derecho a tomar decisiones acerca de la atención?**

Usted, si es adulto y puede informar a los proveedores sus deseos. Usted expresa la atención médica que no desea. Esto significa que usted da su consentimiento antes de recibir un tratamiento o los servicios. Puede negarse a dar su consentimiento si existiera una atención médica que no desea.

### **¿Qué sucede si no puedo informar a los proveedores lo que deseo?**

Igualmente tiene cierto control si ha firmado una directriz anticipada. Puede designar a una persona para que tome las decisiones por usted. Su médico debe colocar en su registro si usted cuenta o no con una directriz anticipada. Si no ha designado a nadie, su médico debe buscar una persona autorizada por ley para tomar decisiones.

### **¿Quién puede tomar decisiones sobre mi salud si yo no puedo hacerlo y no poseo una directriz anticipada?**

Un tribunal puede designar un tutor para usted. De lo contrario, su médico tiene que buscar a una persona para que tome las decisiones sobre la atención médica por usted. Su médico seleccionaría de esta lista:

1. Su cónyuge, a menos que esté separado legalmente.
2. Otro adulto en una relación a largo plazo con usted, que haya demostrado un vínculo de cónyuge (pareja de hecho).
3. Su hijo(a) adulto(a) o la mayoría de sus hijos(as) adultos(as).
4. Su madre o padre.
5. Su hermano o hermana adulto.
6. Otro adulto que haya demostrado una preocupación especial por usted y conozca sus valores.

Si estas personas no pueden ponerse de acuerdo, deben ir a un tribunal para obtener un tutor. Sus médicos pueden pedirle a la persona que jure por escrito que tiene autoridad.

Si su médico no puede encontrar a una persona que tome decisiones sobre su atención médica, el médico puede decidir. Su médico puede hacerlo con la aprobación de un comité de ética u otro médico.

Usted puede impedir que una persona tome decisiones por usted indicándolo por escrito o informando a su proveedor. Si es capaz de tomar sus propias decisiones nuevamente (aun si otra persona lo hizo durante un tiempo), se obedecerán sus decisiones.

## Otros detalles del plan

---

### **¿Cuáles son mis opciones para presentar una directriz anticipada?**

En New Mexico, usted puede escoger entre estas directivas:

- **Un poder notarial permanente para la atención de la salud:** esto le permite a una persona actuar en su representación y tomar decisiones sobre su atención médica. Salvo que exprese lo contrario, esta persona puede dar su consentimiento o negarse a darlo para su tratamiento y sus servicios. Esta directriz puede informar la atención médica que usted desea o no. Esto podría incluir no recibir tratamiento o detener el tratamiento si usted está en “etapa terminal”. Una “etapa terminal” es cuando el paciente no tiene cura y morirá sin tratamiento. (Dos médicos deben indicar por escrito que esto es así). Un paciente también está en “etapa terminal” si se encuentra en estado vegetativo o en un coma irreversible.
- Envíe la información a:  
UnitedHealthcare Community Plan Turquoise Care  
Attn: Compliance  
609 Broadway Boulevard NE, Suite 125  
Albuquerque, NM 87102  
Fax: 1-855-294-0661
- **Instrucciones individuales para la atención de la salud:** una declaración escrita sobre la atención médica que desea o que no desea recibir si no puede tomar estas decisiones. Por ejemplo, sus instrucciones pueden indicar si usted desea ser alimentado mediante tubos si se encuentra en estado de inconsciencia y sin probabilidades de recuperación. Puede indicarles a los médicos que interrumpan o no le apliquen un tratamiento para mantenerlo con vida si se encuentra en “etapa terminal”. También puede decirles a los médicos si desea otra atención para mantenerlo con vida.

### **¿Se debe respetar mi directriz anticipada?**

Sí. Su médico, otros proveedores y su representante deben respetar la directriz anticipada si tienen conocimiento de su existencia. Debe informarles.

### **¿Debe ser un abogado quien escriba mi directriz anticipada?**

No. Existen grupos locales y nacionales que lo pueden ayudar, incluido su coordinador de atención. Asegúrese que todos los formularios que utilice sean válidos conforme a la ley de New Mexico. También puede decírselo a su médico en forma oral para que él o ella pueda escribirlo.

### **¿Quién debe tener una copia de mi directriz anticipada?**

Proporcione una copia a su médico y a todo centro de salud donde ingrese. Si cuenta con un poder legal para la atención de la salud, proporcione una copia a la persona que designa. Puede proporcionarle una copia a su médico. Debe conservar una copia para usted.

### **¿Debo hacer una directriz anticipada?**

No. Depende de usted. Un proveedor no puede negarle atención por el hecho de que usted tenga o no una directriz. Tiene derecho a recibir atención médica y de salud conductual incluso si no tiene una directriz anticipada.

### **¿Puedo cambiar o cancelar mi directriz anticipada?**

Sí. Si lo hace, informe a las personas que tienen una copia.

### **¿Qué sucede si ya tengo una directriz anticipada?**

Le recomendamos revisarla. Si se escribió en otro estado, asegúrese que sea válida en New Mexico. Una nueva directriz anticipada reemplaza a todas las anteriores.

## **Actualizar su información**

Para asegurarse de que la información personal que tenemos sobre usted sea correcta, infórmenos cuando cambie algo de lo siguiente:

- Estado civil
- Dirección
- Nombre del miembro
- Número de teléfono
- Si queda embarazada
- Tamaño de la familia (nacimiento, muerte, etc.)
- Otro seguro médico

Llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-0826**, TTY **711**, si esta información cambia.

UnitedHealthcare Community Plan necesita actualizar los registros para informarle sobre nuevos programas, enviarle recordatorios sobre controles de salud, enviarle por correo postal boletines informativos para miembros, tarjetas de identificación y otra información importante.

¿Le interesa recibir documentos digitales, correos electrónicos y mensajes de texto? Actualice sus preferencias aquí: [www.myuhc.com/communityplan/preference](http://www.myuhc.com/communityplan/preference). Regístrese en línea para ver los beneficios, encontrar un médico de cabecera y actualizar sus preferencias de comunicación para recibir correos electrónicos y notificaciones de texto.



## Otros detalles del plan

---

# Centros del Servicio de Salud para Indígenas (IHS) y Tribus

El Servicio de Salud para Indígenas brinda servicios médicos y de salud pública a los nativos americanos y los nativos de Alaska. Los miembros de Turquoise Care que son nativos americanos o nativos de Alaska pueden recibir atención médica en cualquiera de estos lugares:

Centros de Servicios de Salud para Indígenas en el área de Albuquerque		
<b>Acoma Canoncito Laguna Indian Hospital</b>	80 B Veterans Boulevard Acoma Pueblo, NM 87034	505-552-5300
<b>Alamo Navajo Health Center</b>	Highway 169 North, P.O. Box 907 Magdalena, NM 87825	505-854-2626
<b>Albuquerque Area IHS Dental Clinic</b>	9169 Coors Road, NW, P.O. Box 67830 Albuquerque, NM 87193 (en el campus de SIPI)	505-346-2306
<b>Albuquerque Area Indian Health Board</b>	7001 Prospect PI NE Albuquerque, NM 87110	505-764-0036
<b>Albuquerque Indian Hospital</b>	801 Vassar Drive, NE Albuquerque, NM 87106	505-248-4000
<b>Canoncito Health Center</b>	129 Medicine Horse Drive Tohajilee, NM 87026	505-908-2307
<b>Cochiti Health Clinic</b>	255 Cochiti Street, P.O. Box 105 Cochiti Pueblo, NM 87072	505-465-2587
<b>Eight Northern Indian Pueblos</b>	325 Eagle Drive Ohkay Owingeh, NM 87566	505-747-1593
<b>Five Sandoval Indian Pueblos, Inc. Behavioral Health Services</b>	4321 Fulcrum Way NE B Rio Rancho, NM 87144	505-867-3351
<b>Isleta Health Center</b>	1 Sagebrush Street, P.O. Box 580 Isleta Pueblo, NM 87022	505-869-3200
<b>Isleta Pueblo Behavioral Health</b>	1 Sagebrush Street, P.O. Box 580 Isleta Pueblo, NM 87022	505-869-3200
<b>Jemez Health Clinic</b>	110 Sheep Spring Way, P.O. Box 279 Jemez Pueblo, NM 87024	575-834-7413

## Otros detalles del plan

### Centros de Servicios de Salud para Indígenas en el área de Albuquerque (continuación)

Jicarilla Service Unit	500 Mundo Road Dulce, NM 87528	575-759-3291
Kewa Health Center (anteriormente Santo Domingo)	85 NM-22 Kewa Pueblo, NM 87052	505-465-2996
Laguna Community Health Center	6 Basswood Road Paraje, NM 87007	505-431-0703
Mescalero Community Services	107 Sunset Loop, P.O. Box 228 Mescalero, NM 88340	575-464-4432
Mescalero Indian Health Center	318 Abalone Loop Mescalero, NM 88340	575-464-4441
New Sunrise Regional Treatment Center	20 Mockingbird Drive San Fidel, NM 87049	505-552-5500
Pine Hill Health Center – Ramah Navajo	BIA Route 125, P.O. Box 310 Pine Hill, NM 87357	505-775-3271
Pueblo of Laguna Behavioral Health	7 Rio San Jose Road (frente a la oficina de correo) Old Laguna, NM 87026	505-552-6513
Sandia Health Clinic	203 Sandia Day School, P.O. Box 6008 Bernalillo, NM 87004	505-867-4487
San Felipe Health Clinic	Cedar Street #4, P.O. Box 4344 San Felipe, NM 87001	505-867-2739
Santa Ana Health Clinic	2 Dove Road, Box 02C Dove Road Bernalillo, NM	505-867-2497
Santa Clara Health Center	Route 5, Box 446 Espanola, NM 87532	505-753-9421
Santa Fe Indian Center	1700 Cerrillos Road Santa Fe, NM 87501	
Santo Domingo Behavioral Health	10 Tesuque Street Santo Domingo Pueblo, NM 81052	505-465-2733

## Otros detalles del plan

---

### Centros de Servicios de Salud para Indígenas en el área de Albuquerque (continuación)

<b>Southern Ute Tribal Clinic</b>	69 Capote Drive Ignacio, CO 81137	970-563-4581
<b>Taos/Picuris Service Unit</b>	1090 Goat Springs Road Taos, NM 87571	575-758-6977
<b>Taos Pueblo Health and Community Services Division</b>	Day School Road 716 Taos, NM 87571	575-758-7824
<b>To'hajiilee Behavioral Health</b>	I-40, salida 131, 3 millas hacia el norte To'hajiilee, NM 87026	505-833-1571
<b>Ute Mountain Ute Health Center</b>	Routhing Willow Complex D Towaoc, CO 81334	970-565-4441
<b>Ysleta Del Sur Pueblo Community Health Center</b>	9314 Juanchido Lane El Paso, TX 79907	915-858-1076
<b>Zia Health Clinic</b>	155 B Capital Square Drive Zia Pueblo, NM 87053	505-867-5258
<b>Zuni Indian Hospital</b>	Route 301 North, B Street, P.O. Box 467 Zuni, NM 87327	505-782-7405
<b>Zuni Pueblo Division of Health Services</b>	1203 B State Highway 53 Zuni, NM 87327	505-782-7233

### Centros de Servicios de Salud para Indígenas en el área de Navajo

<b>Chinle Comprehensive Health</b>	P.O. Drawer PH Chinle, AZ 86503	928-674-7001
<b>Crownpoint PHS Indian Hospital</b>	Highway Junction 587, Navajo Route 9 P.O. Box 358, Crownpoint, NM 87313	505-786-5291
<b>Crownpoint-Thoreau Health Clinic</b>	03 Navarre Street Thoreau, NM 87323	505-862-8250
<b>DBS Shiprock Treatment Center Outpatient</b>	Highway 491, P.O. Box 160 Shiprock, NM 87420	505-368-1438
<b>Dzilth-NA-O-Dith-Hle Health Center</b>	6 Road 7586 Bloomfield, NM 87413	505-960-7801

## Otros detalles del plan

Centros de Servicios de Salud para Indígenas en el área de Navajo (continuación)		
<b>Fort Defiance Indian Hospital</b>	Highway 12, Navajo Route 110, P.O. Box 649, Fort Defiance, AZ 86504	928-729-8000
<b>Fort Wingate Clinic</b>	520 B Shush Drive Fort Wingate, NM 87316	505-722-1770
<b>Four Corners Regional Health Center</b>	US Hwy. 160 y Navajo Route 35 HC 61 Box 30, Teec Nos Pos, Arizona 86514	928-656-5000
<b>Gallup Indian Medical Center</b>	516 Nizhoni Boulevard Gallup, NM 87305	505-722-1000
<b>Kayenta Health Center</b>	394.3 US-160, Kayenta, AZ 86033	928-697-4000
<b>Nahata'Dziil Health Station</b>	Chih Toh Boulevard, Sanders, AZ 86512	928-688-5600
<b>Northern Navajo Medical Center</b>	Highway 491, P.O. Box 160 Shiprock, NM 87420	505-368-6260
<b>Pueblo Pintado Health Station</b>	E. Route 9, Crownpoint, NM 87313	505-655-3301
<b>Sanostee Health Station</b>	Por Highway 491 North, Navajo Route 34, P.O. Box 160, Shiprock, NM 87420	505-368-6001
<b>Thoreau Health Station</b>	Highway 371, P.O. Box 368 Thoreau, NM 87313	505-862-8250
<b>Toadlena Health Station</b>	Navajo Route 19 Toadlena, NM 87324	505-368-6001
<b>Tohatchi Indian Health Center</b>	07 Ch'oooshgai, P.O. Box 142 Tohatchi, NM 87325	505-733-8100
<b>Tsaile Health Center</b>	Highway 64, P.O. Box 467 Tsaile, AZ 86556	928-724-3600
<b>Tuba City Regional Health Care</b>	167 N Main Street, P.O. Box 600 Tuba City, AZ 86045	866-976-5491
<b>Utah Navajo Health Systems, Inc.</b>	East Highway. 262, P.O. Box 130 Montezuma Creek, UT 84534	435-651-3291

# Fraude y abuso

### **Fraude y abuso de atención de la salud**

La misión del Programa contra el Fraude y Abuso de UnitedHealthcare Community Plan of New Mexico es identificar, investigar, evitar el pago y recuperar reclamaciones fraudulentas y de abuso de la atención de la salud de Medicaid. El fraude y el abuso de la atención de la salud infringen la ley. Las leyes estatales y federales nos exigen que informemos si existe fraude y abuso.

#### **¿Quién comete fraude y abuso?**

Cualquier persona puede cometer fraude y abuso. Como ejemplo, podemos nombrar a médicos, personal de enfermería, empleados de consultorios médicos, dentistas, proveedores de equipos médicos, cuidadores, miembros o farmacias.

#### **¿Qué es el fraude?**

Cuando una persona es deshonesta a propósito. Esto significa que sabe o debería saber que lo que está haciendo podría conllevar un beneficio propio o para otra persona que no deberían obtener.

#### **¿Qué es el abuso?**

El abuso se produce cuando proveedores o miembros hacen cosas que no siguen los buenos estándares financieros, comerciales o médicos. Esto puede dar como resultado costos innecesarios, como también el pago de servicios o tratamiento que no son médicalemente necesarios. Puede derivar en servicios que no cumplen con los estándares reconocidos profesionalmente de la atención de la salud. Costos que no son necesarios debido a malas prácticas o una mala gestión.

#### **Estos son algunos ejemplos de fraude y abuso de atención de la salud de parte del proveedor:**

- Facturar bienes o servicios que no se brindaron
- Facturar un procedimiento que no coincide con el diagnóstico o problema
- Facturar servicios o bienes que no están cubiertos (p. ej., servicios experimentales) o servicios para miembros no elegibles
- Facturar servicios bajo el nombre de un proveedor que no brindó la atención médica
- Pedir, ofrecer u obtener un soborno o devolución
- Hacer que los miembros vayan al consultorio con más frecuencia de la necesaria
- Prácticas de recetado cuestionables
- Facturaciones de proveedores ficticios, sancionados o no calificados
- Cargar tarifas excesivas por bienes/servicios

### **Estos son algunos ejemplos de fraude y abuso de atención de la salud de parte del miembro:**

- Permitir que un cuidador reclame horas que no trabajó
- Hacer un uso abusivo del beneficio comunitario autodirigido
- Vender o prestar la información de identificación del miembro
- Utilizar la tarjeta médica de otra persona
- Vender recetas o medicamentos con receta
- No informar a UnitedHealthcare sobre otro seguro médico que tiene
- Hacer un uso abusivo de los servicios de transporte
- Buscar la obtención de medicamentos
- Buscar la atención de varios médicos con el fin de obtener servicios que no se necesitan

### **Explicación de las cartas de beneficios:**

Es posible que reciba cartas por correo para saber si ha recibido los servicios enumerados. En la carta, se proporcionará la fecha, una descripción del servicio y posiblemente el monto cobrado. Revise estas cartas detenidamente e informe cualquier dato que parezca incorrecto llamando al número que figura en la carta.

### **¿Cómo denuncio fraudes o abusos?**

Si sospecha de fraude o abuso por parte de un cuidador, proveedor de atención médica, proveedor de salud conductual, otro miembro o cualquier otra persona, puede denunciarlo de forma segura sin divulgar su nombre o identidad al estado o a UnitedHealthcare. A continuación, se proporcionan direcciones de correo electrónico y sitios web que puede utilizar para denunciar sospechas de fraude o abuso las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Puede hacer denuncias a UnitedHealthcare Community Plan llamando a su coordinador de atención, por teléfono o a través de nuestro sitio web:

Línea directa contra el fraude de UnitedHealthcare: **1-844-359-7736**

Sitio web: **[myuhc.com/communityplan/nm](http://myuhc.com/communityplan/nm)** o **[uhc.com/fraud](http://uhc.com/fraud)**

Cuando denuncie a un proveedor, denos tanta información como le sea posible, como por ejemplo:

- Nombre, dirección y teléfono
- Nombre y dirección del centro
- El número de Medicaid del proveedor y del centro pueden resultar útiles
- Tipo de proveedor
- Nombres y números de los testigos
- Fechas y resumen de los eventos

## Otros detalles del plan

---

Cuando denuncie a un miembro, denos tanta información como le sea posible, como por ejemplo:

- El nombre de la persona
- La fecha de nacimiento de la persona, su número de Seguro Social o número de caso si dispone de este
- La ciudad donde vive la persona
- Detalles específicos sobre el abuso o fraude

### ¿Qué ocurre después de que presente mi denuncia?

- Se iniciará una investigación para analizar sus inquietudes. Si se identifica un caso de fraude, malgasto o abuso, UnitedHealthcare Community Plan lo abordará con la parte responsable.
- En algunos casos, su inquietud se puede remitir a la División de Fraude y Abuso contra Personas Mayores de Medicaid (Medicaid Fraud & Elder Abuse Division, MFEAD) si se identifica un caso de fraude. La División de Fraude y Abuso contra Personas Mayores de Medicaid puede investigar y determinar si se necesita un caso civil o penal para abordar la acusación.

## Reuniones de la Junta de Asesoramiento para Miembros

UnitedHealthcare Community Plan desea oír la opinión de nuestros miembros. Contamos con una Junta de Asesoramiento para Miembros. Esta junta está formada por personas como usted. La junta brinda sugerencias para ofrecer un mejor servicio a los miembros de Turquoise Care de UnitedHealthcare Community Plan. Hable con su coordinador de atención si quiere obtener más información o si le gustaría formar parte de estas reuniones.

## Seguridad y protección contra la discriminación

La seguridad del paciente es muy importante para nosotros. Aunque no dirigimos la atención, queremos asegurarnos de que nuestros miembros reciben atención segura. Hacemos un seguimiento de los asuntos relacionados con la calidad de la atención, desarrollamos guías para promover la atención segura, brindamos información a los miembros sobre la seguridad del paciente y trabajamos con hospitales, médicos y otros proveedores para mejorar la continuidad y coordinación entre los centros de atención. Si le gustaría recibir más información sobre la seguridad del paciente o los sitios donde puede recibir información, llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-0826, TTY 711**.

Se les prohíbe a UnitedHealthcare Community Plan y a sus proveedores discriminar a una persona debido a su edad, raza, origen étnico, sexo o religión. Los proveedores de UnitedHealthcare Community Plan deben respetar la Ley para Estadounidenses con Discapacidades y no pueden

discriminar a una persona según la salud o el estado mental, la necesidad de atención de la salud o las enfermedades preexistentes. Si considera que ha sido objeto de cualquier forma de discriminación, llame de inmediato a Servicios para Miembros al **1-877-236-0826, TTY 711**.

## Pautas sobre prácticas clínicas y nueva tecnología

UnitedHealthcare Community Plan les brinda a nuestros proveedores las pautas clínicas que poseen información sobre la mejor forma de brindar atención para algunas afecciones. Cada pauta clínica es un estándar de atención aceptado en la profesión médica, lo que significa que otros médicos concuerdan con ese enfoque. Queremos mejorar su salud al brindarles a nuestros proveedores información que respalde sus prácticas clínicas conforme a los estándares de atención reconocidos a nivel nacional.

Si tiene alguna pregunta sobre las pautas clínicas de UnitedHealthcare Community Plan o le gustaría recibir una copia en papel de las pautas sobre prácticas clínicas, llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-0826, TTY 711**. También puede encontrar las pautas sobre prácticas clínicas en nuestro sitio web, [myuhc.com/communityplan/nm](http://myuhc.com/communityplan/nm).

### Evaluación de nueva tecnología

Algunas prácticas y tratamientos médicos no han probado ser eficaces todavía. UnitedHealthcare Community Plan examina en todo el país las nuevas prácticas, tratamientos y tecnologías para tomar decisiones sobre las mismas y en qué condiciones pueden utilizarse. Esta información es examinada por un comité integrado por médicos, personal de enfermería, farmacéuticos y expertos invitados de UnitedHealthcare Community Plan, quienes toman la decisión final de cobertura. Si le gustaría recibir más información sobre cómo tomamos decisiones respecto de las nuevas prácticas y tratamientos médicos, llámenos al **1-877-236-0826, TTY 711**.

## Derechos y responsabilidades de los miembros

La Declaración de Derechos y Responsabilidades de los miembros de Turquoise Care de UnitedHealthcare Community Plan cumple con las regulaciones federales y estatales y con los estándares de acreditación del Comité Nacional para el Control de Calidad. Turquoise Care de UnitedHealthcare Community Plan no implementa políticas que limiten las conversaciones entre usted y su proveedor, y no les decimos a los proveedores que limiten la información sobre las opciones de tratamiento.

### Derechos de los miembros

Todos los miembros del plan de salud Turquoise Care de UnitedHealthcare Community Plan o sus tutores legales tienen **derechos**. Esto incluye el derecho de:

- Obtener una declaración de derechos de los miembros por escrito
- Recibir un trato respetuoso y justo, y que se le reconozca su derecho a la dignidad y a la privacidad
- Que se mantenga la información de salud en forma confidencial
- Negarse a recibir atención
- Recibir servicios de atención de la salud sin discriminación
- Obtener información en otro formato que cumpla con la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades
- Participar en todas las decisiones sobre su atención de la salud con sus proveedores
- Recibir información sobre las opciones de tratamiento de forma comprensible
- Sostener conversaciones sobre las opciones de tratamiento apropiadas o médicaamente necesarias para su afección, independientemente del costo o de la cobertura de beneficios
- Dar su consentimiento informado, el cual es el derecho de tener una buena comprensión de los hechos, riesgos y cualquier posible resultado de un tratamiento
- Comprender sus problemas de salud física y conductual, y participar en el desarrollo de objetivos de tratamiento establecidos de mutuo acuerdo
- Seleccionar un representante que le ayude con las decisiones de atención médica
- Buscar una segunda opinión dentro de la red Turquoise Care de UnitedHealthcare Community Plan. O UnitedHealthcare Community Plan hará los arreglos necesarios para obtener una segunda opinión fuera de la red sin costo alguno. Esto se puede solicitar cuando el miembro o tutor necesiten saber más sobre el tratamiento, o consideran que el proveedor no está proporcionando la atención pedida.
- Presentar una queja o una apelación sobre UnitedHealthcare Community Plan o la atención que recibió, y obtener una respuesta de manera oportuna

## Otros detalles del plan

---

- Utilizar el proceso de presentación de quejas de UnitedHealthcare Community Plan y el proceso de audiencias imparciales del Departamento de Servicios Humanos de New Mexico sin temor a represalias
- Elegir proveedores de servicio disponibles en la red de Turquoise Care de UnitedHealthcare Community Plan y cumplir los requisitos de referido y autorización previa
- Utilizar cualquier hospital u otro centro para atención de emergencia
- Expresar deseos en directrices anticipadas sobre la atención de la salud
- Pedir y obtener una copia de sus registros médicos de forma oportuna
- Recibir información acerca de Turquoise Care de UnitedHealthcare Community Plan, sus servicios, sus profesionales de la salud y sus proveedores, y derechos y responsabilidades del miembro
- Permanecer libre de hostigamiento por parte de Turquoise Care de UnitedHealthcare Community Plan o sus proveedores en disputas contractuales
- No ser sometido a limitación ni aislamiento como medio de coacción, disciplina, comodidad o represalia
- Elegir una Organización de Atención Administrada y ejercer los derechos de cambio de inscripción sin temor a hostigamiento
- Ejercer sus derechos sin que esto afecte la manera en que UnitedHealthcare Community Plan, los proveedores o el estado le tratan
- Dar por sentado que UnitedHealthcare Community Plan cumple con las leyes federales y estatales
- Obtener información sobre cobertura y límites
- Recibir información sobre lo que sucederá si no recibe atención médica
- Pedirle a su médico que le pregunte si desea recibir atención. En caso de emergencia, si no firmó un formulario y su salud está en peligro, el médico le puede brindar atención sin preguntarle.
- Dar por sentado que UnitedHealthcare Community Plan no interferirá con usted o el médico, o cuando hable sobre la atención
- Pedirle a UnitedHealthcare Community Plan que le ayude a encontrar otro médico si el que tiene no le brinda atención debido a creencias morales o religiosas
- No tener ningún médico que actúe en su contra ni intente influenciarlo
- Informar a UnitedHealthcare Community Plan si alguien más debe recibir información o ayudar a tomar decisiones sobre su atención
- Ejercer estos derechos cuando lo desee
- Hacer recomendaciones sobre estos derechos
- Obtener los servicios que necesita según lo determinen su médico y UnitedHealthcare Community Plan de acuerdo con lo exigido por el estado de New Mexico

## Otros detalles del plan

---

- Obtener información sobre cómo trabaja UnitedHealthcare Community Plan y cómo presentar una apelación
- Obtener todos los derechos conforme a la ley o la norma como paciente de un centro de atención autorizado
- Saber si los beneficios, servicios o redes de proveedores cambiaron
- Obtener información sobre los acuerdos entre Turquoise Care de UnitedHealthcare Community Plan y sus proveedores que puedan limitar los servicios
- Tener acceso a proveedores cerca de su residencia o lugar de trabajo
- Obtener atención de la salud asequible con límites en los costos que tendrá que pagar. Esto incluye el derecho de buscar atención médica de un proveedor que no pertenezca a la red. Esto significa que le deben indicar sus costos cuando la atención es brindada por un proveedor que no pertenece a la red o sin la autorización previa necesaria.
- Recibir información sobre por qué se niega la atención médica, poder apelar y obtener ayuda del estado
- Si a un miembro se le han cobrado copagos en exceso de forma incorrecta, tiene derecho a que el proveedor le reembolse el dinero
- La División de Apoyo Económico (ISD) del Departamento de Servicios Humanos determina la elegibilidad para la mayoría de las categorías de Medicaid. Si la familia del miembro no está de acuerdo con el cálculo de los ingresos de la unidad familiar, puede solicitar una audiencia imparcial al Departamento de Servicios Humanos.
- Los miembros tienen derecho a solicitar a UnitedHealthcare Community Plan en cualquier momento un informe del total de copagos acumulados de su unidad familiar. Si el miembro no está de acuerdo con el informe de copagos acumulados de la Organización de Atención Administrada, puede presentar una apelación directamente ante Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan.

### Responsabilidades de los miembros

Los miembros de Turquoise Care de UnitedHealthcare Community Plan tienen **responsabilidades**. Dichas responsabilidades incluyen:

- Comprender sus derechos como miembro en Turquoise Care
- Plantear preguntas
- Consultar a UnitedHealthcare Community Plan sobre los beneficios antes de obtener atención
- Seleccionar un proveedor de atención primaria. Contactar primero al proveedor de atención primaria en los casos que no sean de emergencia.
- Hablar con su proveedor de atención primaria antes de acudir a un especialista. Realizar cambios de proveedor de atención primaria en las formas especificadas por UnitedHealthcare Community Plan.

- Mostrar la tarjeta de identificación de miembro antes de obtener atención médica y tenerla en un lugar seguro para evitar que otra persona la utilice
- Mantener, cambiar o cancelar una cita médica con anticipación en lugar de no asistir
- Utilizar la atención de emergencia solo para una lesión o enfermedad que pondría en peligro la vida o perjudicaría la salud si no se tratase de inmediato
- No necesita comunicarse con su proveedor de atención primaria para una emergencia, planificación familiar o servicios del Servicio de Salud para Indígenas
- Compartir la información de salud que UnitedHealthcare Community Plan, su médico u otros proveedores de salud necesitan para brindarle atención
- Comprender su afección médica, participar en su tratamiento y conversar con su proveedor para tomar decisiones, y hacer todo lo que esté a su alcance para mantenerse saludable
- Seguir las recomendaciones, planes e instrucciones que acordó con su médico e informarle si necesita hacer algún cambio
- Tratar al personal con respecto y cortesía
- Informar a UnitedHealthcare Community Plan sobre cualquier cambio en su dirección o número de teléfono
- Los miembros o sus tutores legales tienen la responsabilidad de pagar todos los copagos o costos compartidos obligatorios en el momento en que se prestan los servicios. Esto incluye el crédito de atención médica que el centro de enfermería puede cobrar cuando corresponda.
- Si el copago o el costo compartido correspondiente no se pagase, el proveedor de la atención o UnitedHealthcare pueden tomar todas las medidas legales apropiadas necesarias para recuperar el monto adeudado del copago o el costo compartido

UnitedHealthcare garantiza el acceso igualitario a nuestros servicios y se enorgullece de cumplir con las leyes estatales y federales diseñadas para garantizar que todos los miembros reciban el servicio de la más alta calidad posible. UnitedHealthcare no discriminará a ningún miembro por motivos de edad, raza, género, color, religión, nacionalidad, ascendencia, discapacidad, estado civil, condición de veterano cubierta, orientación sexual, identidad o expresión de género, condición con respecto a la asistencia pública o cualquier otra característica protegida por las leyes estatales, federales o locales.

Toda persona, empleado de UnitedHealthcare Community Plan o proveedor contratado por UnitedHealthcare Community Plan que tenga un motivo razonable para creer que un miembro sufre abuso, negligencia o explotación debe denunciar esa información a Servicios de Protección para Adultos. En New Mexico, el número gratuito es 1-866-654-3219. Tomar represalias contra una persona por realizar una denuncia de abuso de buena fe es ilegal.

Algunos miembros pueden recibir servicios en virtud de determinados programas de exención. Si un miembro que recibe atención de una agencia en virtud de un programa de exención sufre un incidente, UnitedHealthcare Community Plan debe hacer un seguimiento del incidente. Parte de

## Otros detalles del plan

---

este requisito incluye registrar el incidente en una base de datos estatal y procurar que el personal de enfermería y los coordinadores de atención de UnitedHealthcare Community Plan hagan un seguimiento con las agencias, miembros y cuidadores para asegurarse de que el miembro esté a salvo. UnitedHealthcare Community Plan debe proporcionar informes mensuales al estado sobre los miembros que han tenido incidentes críticos. Los incidentes críticos incluyen eventos como la muerte, el uso de servicios de emergencia por parte de un miembro, una hospitalización no planificada con antelación y abuso, negligencia o explotación de un miembro o por parte de un miembro. Los incidentes críticos también pueden incluir problemas de seguridad en el hogar o con autoridades policiales.

## **Quejas formales y apelaciones**

### **¿Qué es una queja formal?**

Una queja es un problema que tiene con su plan de salud, su proveedor o sus servicios de salud. Si no está satisfecho con la atención que recibe, usted o alguien que actúe en su nombre puede presentar una queja ante UnitedHealthcare. También puede presentar una queja si no está satisfecho con UnitedHealthcare.

### **¿Qué debo hacer si tengo una queja formal?**

Primero puede hablar con su médico o proveedor si tiene preguntas o inquietudes sobre su atención. Puede trabajar con usted para solucionar el problema. Si el problema no se soluciona, puede llamarnos.

Puede presentar una queja formal por teléfono ante Servicios para Miembros al **1-877-236-0826**, TTY **711**.

Puede presentar quejas formales en línea, en [member.uhc.com/CommunityPlan](http://member.uhc.com/CommunityPlan).

También puede enviar su queja formal por escrito a la siguiente dirección:

UnitedHealthcare Community Plan Turquoise Care  
Appeals and Grievances  
P.O. Box 31364  
Salt Lake City, UT 84131-0364  
Fax: 1-801-994-1082  
Correo electrónico: [UHCCP\\_NM\\_AG@uhc.com](mailto:UHCCP_NM_AG@uhc.com)

### **¿Cuáles son los plazos para presentar una queja?**

Puede presentar una queja formal verbal o escrita en cualquier momento a partir de la fecha del evento que motivó su queja.

### **¿Cuánto tiempo se tardará en procesar mi queja?**

Le enviaremos una carta dentro de un plazo de 5 días hábiles después de que hayamos recibido su queja, indicándole que la recibimos. UnitedHealthcare Community Plan tiene 30 días para revisar sus inquietudes. Una vez que tengamos una respuesta, enviaremos otra carta para informarle nuestra decisión con respecto a la queja. A esto se le llama queja estándar.

Si usted o UnitedHealthcare necesitan más tiempo para obtener o presentar información de otros lugares, el proceso de quejas formales puede demorar hasta 14 días calendario más. Si

## Otros detalles del plan

---

UnitedHealthcare solicita una extensión, primero debemos obtener una aprobación del estado de New Mexico. Si necesitamos información adicional, le notificaremos por escrito el motivo de la demora.

### ¿Quién puede presentar una queja?

Un miembro puede presentar una queja formal de forma verbal, por escrito o en línea. El tutor legal de un menor o adulto incapacitado, un representante según se establece por escrito o un proveedor que actúe con el consentimiento escrito del miembro pueden presentar una queja formal en nombre del miembro.

### Si tiene preguntas

Puede llamar a Servicios para Miembros al **1-877-236-0826**, TTY 711, o visitar [myuhc.com/communityplan/nm](http://myuhc.com/communityplan/nm) y enviar una pregunta a través del sistema de mensajería segura.

Le responderemos en el plazo de 1 día hábil.

### ¿Qué es una apelación?

Una apelación es una solicitud para que revisemos una decisión o medida adversa de UnitedHealthcare Community Plan. Usted o alguien que actúe en su nombre puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión. Una medida adversa es cuando UnitedHealthcare Community Plan se niega a proporcionar, demora, limita o interrumpe un servicio. Le informaremos por escrito cuando tomemos una decisión o una medida, por medio de lo que denominamos una carta de Notificación de la Medida Adversa.

Antes de solicitar una audiencia estatal imparcial, debe agotar el proceso de apelación de UnitedHealthcare Community Plan.

Todos los miembros pueden presentar una apelación a través de estos procesos. Puede presentar una apelación por teléfono ante Servicios para Miembros al **1-877-236-0826**, TTY 711.

Puede presentar apelaciones en línea, en [member.uhc.com/CommunityPlan](http://member.uhc.com/CommunityPlan).

También puede presentar una apelación por escrito y enviarla a la siguiente dirección:

UnitedHealthcare Community Plan  
Turquoise Care Appeals and Grievances  
P.O. Box 31364  
Salt Lake City, UT 84131-0364  
Fax: 1-801-994-1082  
Correo electrónico: [UHCCP\\_NM\\_AG@uhc.com](mailto:UHCCP_NM_AG@uhc.com)

### **¿Necesito una carta de Notificación de la Medida Adversa para presentar una apelación?**

Sí. Esta carta le dirá cuándo se denegó, demoró, limitó o interrumpió un servicio. También le brindará instrucciones sobre cómo presentar una apelación.

### **¿Cuánto tiempo tengo para apelar?**

Debe apelar dentro de un plazo de 60 días a partir de la fecha de la carta. Puede comenzar una apelación por teléfono, por escrito o en línea.

### **¿Cuánto tiempo se tardará en procesar mi apelación?**

Le enviaremos una carta dentro de un plazo de 5 días hábiles después de que hayamos recibido su apelación para informarle que la recibimos. UnitedHealthcare Community Plan tiene 30 días para revisar su inquietud. Una vez que tengamos una respuesta, le enviaremos otra carta para comunicarle nuestra decisión de apelación. Esto se denomina apelación estándar.

### **¿Qué sucede si quiero conservar mis servicios?**

Es posible que tenga derecho a solicitar que se le sigan proporcionando los servicios en cuestión mientras su apelación ante UnitedHealthcare Community Plan o su audiencia estatal imparcial ante el Departamento de Servicios Humanos de New Mexico están en proceso. Tiene derecho a recibir los beneficios continuados solamente si se cumplen las siguientes condiciones:

- Debe solicitar una apelación y pedir que continúen sus beneficios dentro de un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha indicada en la carta de Notificación de la Medida que se envió por correo. Si solicitó que sus beneficios continuaran durante el proceso de apelación y recibió una aprobación, sus beneficios continuarán automáticamente durante el proceso de audiencia imparcial. Si decide interrumpir su beneficio durante el proceso de audiencia imparcial, debe comunicarse con UnitedHealthcare para finalizar los servicios.

Tenga en cuenta que si el resultado de la apelación o la audiencia imparcial no es favorable para usted, es posible que tenga que pagar los servicios recibidos.

### **¿Qué es una apelación acelerada?**

Una apelación acelerada se realiza cuando UnitedHealthcare Community Plan o su proveedor consideran que se necesita una decisión rápida debido a su salud. Es cuando el tiempo de una apelación habitual podría arriesgar su salud. Usted o alguien que actúe en su nombre puede presentar una apelación acelerada. La solicitud puede realizarse por teléfono, por escrito o en línea. La solicitud debe explicar en detalle por qué se necesita una apelación acelerada. Le informaremos a usted o a su médico el resultado en un plazo de 72 horas. Le enviaremos una carta informándoles a usted y a su médico el resultado. No se requiere su consentimiento por escrito si su proveedor solicita una apelación acelerada.

## Otros detalles del plan

---

### **¿Qué sucede si UnitedHealthcare Community Plan rechaza la solicitud de apelación acelerada?**

Si se rechaza la solicitud de apelación acelerada, esta se procesará de manera normal. Se resolverá en un plazo de 30 días. UnitedHealthcare Community Plan intentará llamarlo para informarle que su apelación no será acelerada. Haremos un seguimiento por escrito en un plazo de 2 días calendario. Si UnitedHealthcare rechaza su solicitud de apelación acelerada, puede presentar una queja formal.

### **Si tiene preguntas**

Puede llamar a Servicios para Miembros al **1-877-236-0826**, TTY **711**, o visitar [myuhc.com/communityplan/nm](http://myuhc.com/communityplan/nm) y enviar una pregunta a través del sistema de mensajería segura.

Le responderemos en el plazo de 1 día hábil.

### **¿Puedo solicitar una audiencia imparcial?**

Si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre la apelación, usted o alguien que actúe en su nombre tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial estatal ante el Departamento de Servicios Humanos de New Mexico. **Solo puede solicitar una audiencia imparcial después de haber agotado el proceso de apelación de UnitedHealthcare.** Debe solicitar una audiencia imparcial dentro de los 90 días calendario para apelaciones estándar o dentro de los 30 días calendario para apelaciones aceleradas a partir de la decisión final sobre la apelación.

Puede solicitar una audiencia imparcial si no está de acuerdo con la decisión de UnitedHealthcare de finalizar, modificar, suspender, reducir, retrasar o denegar un servicio. También puede solicitar una audiencia imparcial si cree que UnitedHealthcare no actuó de inmediato.

Usted tiene derecho a que una persona le represente en la audiencia. Las partes de la audiencia imparcial incluyen los representantes de UnitedHealthcare Community Plan, así como el miembro y su representante o el representante del patrimonio de un miembro fallecido. El estado tiene hasta 60 días para procesar su solicitud de audiencia imparcial. Si desea que sus servicios continúen durante la audiencia, tiene que presentar esta solicitud en el transcurso de 10 días a partir de la fecha de la carta de Notificación de Resolución de Apelación. Si solicitó la continuación de los beneficios y el resultado de la audiencia imparcial no es favorable para usted, es posible que tenga que pagar los servicios recibidos.

Puede solicitar una audiencia imparcial por teléfono o por escrito a:

State of NM HSD  
Office of Fair Hearings  
37 Plaza La Prensa  
P.O. Box 2348  
Santa Fe, NM 87504-2348

Teléfono: 1-800-432-6217, luego presione la opción 6 o llame al 1-505-476-6213

Fax: 1-505-476-6215

Correo electrónico: [HSD-FairHearings@state.nm.us](mailto:HSD-FairHearings@state.nm.us)

# Avisos del Plan de Salud sobre las Prácticas de Privacidad

**EL PRESENTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE.**

Vigente a partir del 1 de enero de 2024

Por ley, debemos<sup>1</sup> proteger la privacidad de su información médica (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 médicos. Tenemos derecho a hacer cambios en este aviso de prácticas de privacidad. Si hacemos cambios importantes, se lo notificaremos por correo postal o electrónico. También publicaremos el nuevo aviso en nuestro sitio web. Le notificaremos si ocurre una filtración de su información médica.

## Cómo recopilamos, usamos y compartimos su información

### Recopilamos, usamos y compartimos su información médica con los siguientes:

- Usted o su representante legal.
- Determinados organismos gubernamentales. Para verificar que estemos cumpliendo con las leyes de privacidad.

### Tenemos derecho a recopilar, usar y compartir su información médica para ciertos propósitos.

Estos pueden ser 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.** Para procesar pagos y pagar reclamaciones. Esto puede incluir la coordinación de beneficios.
- **Para Tratamiento o Manejo de la Atención.** Para ayudar con su atención. Por ejemplo, podemos compartir su información médica con un hospital en el que se encuentre, para ayudar a proporcionarle atención médica.
- **Para Operaciones de Atención de la Salud.** Para realizar sus operaciones comerciales. Por ejemplo, podemos hablar con su médico para informarle sobre un programa especial de

## Otros detalles del plan

---

bienestar o manejo de la enfermedad disponible para usted. Podemos estudiar datos para mejorar nuestros servicios.

- **Para Proporcionarle Información sobre Programas o Productos Relacionados con la Salud.** Podemos brindarle información acerca de otros tratamientos, productos y servicios. Estas actividades pueden estar limitadas por la ley.
- **Para los Patrocinadores del Plan.** Si recibe un seguro de salud a través de su empleador, podemos darle la inscripción, la cancelación de la inscripción y el resumen de la información médica a su empleador. Podemos proporcionar otra información médica si el empleador limita su uso de forma adecuada.
- **Para Propósitos de Suscripción.** Para tomar decisiones de suscripción. No usaremos su información médica genética para propósitos de suscripción.
- **Para Recordatorios sobre Beneficios o Atención.** Podemos enviarle recordatorios de citas e información sobre sus beneficios para la salud.
- **Para Comunicaciones con Usted.** Podemos ponernos en contacto con usted en relación con sus beneficios del seguro de salud, atención de la salud o pagos.

**Podemos recopilar, usar y compartir su información médica de la siguiente forma:**

- **Según sea Requerido por Ley.** Para cumplir con las leyes que nos corresponden.
- **Para las Personas que Participan en su Atención.** Un familiar u otra persona que lo ayude con su atención médica o que pague su atención. También puede ser un familiar en una emergencia. Esto puede suceder si no puede decirnos si podemos compartir su información médica o no. Si no puede informarnos lo que desea, usaremos nuestro mejor juicio. Si se permite, después de su muerte podemos compartir información médica con familiares o amigos que ayudaron con su atención o pagaron por su atención.
- **Para Actividades de Salud Pública.** Por ejemplo, para evitar la propagación de enfermedades o informar problemas con productos o medicamentos.
- **Para Denunciar Abuso, Abandono o Violencia Doméstica.** Podemos compartir la información solo con determinadas entidades que están autorizadas por ley a recibir esta información médica. Puede tratarse de un organismo de servicios sociales o de servicios de protección.
- **Para actividades de supervisión de la salud** a un organismo autorizado por ley a recibir la información médica. Esto puede ser para otorgamiento de licencias, auditorías e investigaciones sobre fraude y abuso.
- **Para Procedimientos Judiciales o Administrativos.** Por ejemplo, para responder a una orden o a una citación judicial.
- **Para Hacer Cumplir la Ley.** Para localizar a una persona perdida o informar un delito.
- **Para Evitar Amenazas a la Salud o a la Seguridad.** A organismos de salud pública o del orden público, por ejemplo, en caso de emergencia o desastre natural.

- **Para las Funciones del Gobierno.** Para uso militar y de veteranos, seguridad nacional o determinados servicios de protección.
- **Para Indemnización de Trabajadores.** Si sufrió una herida en el trabajo o para cumplir con las leyes laborales.
- **Para Investigación.** Por ejemplo, para estudiar una enfermedad o afección médica. También podemos utilizar la información médica para ayudar a preparar un estudio de investigación.
- **Para Proporcionar Información acerca de Defunciones.** Por ejemplo, a un forense o examinador médico que pueda ayudar a identificar a la persona que murió, por qué murió o para cumplir con una determinada ley. También podemos proporcionar la información médica a directores de funerarias.
- **Para Trasplantes de Órganos.** Por ejemplo, para ayudar en la obtención, el almacenamiento o el trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- **Para las Instituciones Penitenciarias o de Aplicación de la Ley.** Para personas que están detenidas, por ejemplo: (1) para proporcionar atención de la salud; (2) para proteger su salud y la de otras personas; (3) para la seguridad de la institución.
- **Para Nuestros Socios Comerciales.** Para brindarle servicios, en caso de que sea necesario. Estas son compañías que nos prestan servicios. Estas compañías aceptan proteger su información médica.
- **Otras Restricciones.** Las leyes federales y estatales pueden limitar aún más nuestro uso de la información médica indicada a continuación. Cumpliremos leyes más estrictas que se apliquen.
  1. Trastorno por consumo de alcohol y sustancias
  2. Información biométrica
  3. Abuso o abandono de niños o adultos, incluido el abuso sexual
  4. Enfermedades contagiosas
  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 o compartiremos su información médica según se describe en este aviso o con su consentimiento por escrito. Obtendremos su consentimiento por escrito para compartir notas de psicoterapia sobre usted, excepto en algunos casos permitidos por la ley. Obtendremos su consentimiento por escrito para vender su información médica a otras personas. Obtendremos su

## Otros detalles del plan

---

consentimiento por escrito para usar su información médica en determinadas listas de correo de marketing. Si nos da su consentimiento, puede retirarlo. Para obtener información sobre cómo hacerlo, llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación del seguro de salud.

### Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos.

- **Pedirnos que limitemos** el uso o la divulgación para tratamientos, pagos u operaciones de atención de la salud. Puede pedirnos que limitemos la divulgación a sus familiares u otras personas que ayudan con su atención o pagan por su atención. Podemos permitir que sus dependientes soliciten límites. **Trataremos de satisfacer su solicitud, pero no tenemos la obligación de hacerlo.** Su solicitud para que limitemos el uso o divulgación debe hacerse por escrito.
- **Solicitar el envío de comunicaciones confidenciales** 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 según lo permitan las leyes estatales y federales. Aceptamos solicitudes verbales, pero podemos pedirle que confirme su solicitud por escrito. Puede cambiar su solicitud. Deberá hacerlo por escrito. Envíela por correo postal a la dirección que se muestra a continuación.
- **Ver u obtener una copia** de determinada información médica. Deberá presentar la solicitud por escrito. Envíela por correo postal a la dirección que se muestra a continuación. Si mantenemos estos registros en formato electrónico, puede solicitar una copia en dicho formato. Podemos enviarle un resumen. Podemos cobrarle por las copias. Podemos negar su solicitud. Si rechazamos 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 presentar la solicitud por escrito. Deberá dar los motivos por los que solicita el cambio. Responderemos su solicitud en el momento en que debamos hacerlo en virtud de la ley. Envíe la solicitud por correo postal a la dirección que se muestra a continuación. Si rechazamos su solicitud, puede agregar su desacuerdo a su información médica.
- **Recibir un informe** de la divulgación de su información médica en los seis años anteriores a su solicitud. Esto no incluirá las ocasiones en que compartimos la información médica por los siguientes motivos: (i) para tratamientos, pagos y operaciones de atención de la salud; (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 puede obtener una copia en nuestro sitio web.
- **En algunos estados, puede tener derecho a solicitar que eliminemos** su información médica. Según dónde viva, también puede solicitarnos que eliminemos su información médica. Responderemos su solicitud en el momento en que debamos hacerlo en virtud de la ley. Si no

podemos hacerlo, se lo informaremos. Si no podemos hacerlo, puede escribirnos e indicar por qué no está de acuerdo y enviarnos la información correcta.

### Cómo usar sus derechos

- **Para Comunicarse con su Plan de Salud.** Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o quiere ejercer sus derechos, **llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación.** O puede comunicarse con el Centro de Atención de Llamadas de UnitedHealth Group al **1-866-633-2446** o TTY/RTT **711**.
- **Para Presentar una Solicitud por Escrito.**  
Envíela por correo postal a la siguiente dirección:  
UnitedHealthcare Privacy Office  
MN017-E300, P.O. Box 1459, Minneapolis MN 55440
- **Para Presentar una Queja.** Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede enviar una queja a la dirección mencionada anteriormente.

**También puede notificarlo al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.** No tomaremos ninguna medida en su contra si presenta una queja.

<sup>1</sup> Este Aviso sobre Prácticas de Privacidad de Información Médica se aplica a los planes de salud que están afiliados a UnitedHealth Group. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, visite <https://www.uhc.com/privacy/entities-fn-v2>.

# Aviso de Privacidad de la Información Financiera

**ESTE AVISO LE INFORMA CÓMO SE PUEDE USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN FINANCIERA. REVÍSELO DETENIDAMENTE.**

Vigente a partir del 1 de enero de 2024

Nosotros<sup>2</sup> protegemos su “información financiera” (financial information, “FI”) personal. La información financiera es información no médica. La información financiera lo identifica y no está generalmente disponible al público.

## Información que recopilamos

- Obtenemos información financiera a partir de sus solicitudes o formularios. Esta puede incluir nombre, dirección, edad y número del seguro social.
- Obtenemos información financiera a partir de sus transacciones con nosotros u otras personas. Puede ser información sobre el pago de primas.

## Divulgación de 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 sus cuentas.
- 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, y mantenemos salvaguardas para protegerla.

### Preguntas sobre este aviso

**Llame al número de teléfono gratuito para miembros 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/RTT 711.**

<sup>2</sup> Para los propósitos de este Aviso de Privacidad de la Información Financiera, “nosotros” o “nos” se refiere a los planes de salud afiliados a UnitedHealth Group y a las siguientes filiales de UnitedHealthcare: ACN Group of California, Inc.; AmeriChoice Corporation.; Benefitter Insurance Solutions, Inc.; Claims Management Systems, Inc.; Dental Benefit Providers, Inc.; Ear Professional International Corporation; Excelsior Insurance Brokerage, Inc.; gethealthinsurance.com Agency, Inc. Golden Outlook, Inc.; Golden Rule Insurance Company; HealthMarkets Insurance Agency; Healthplex of CT, Inc.; Healthplex of NJ, Inc.; Healthplex, Inc.; HealthSCOPE Benefits, Inc.; International Healthcare Services, Inc.; Level2 Health IPA, LLC; Level2 Health Holdings, Inc.; Level2 Health Management, LLC; Managed Physical Network, Inc.; Optum Care Networks, Inc.; Optum Health Care Solutions, Inc.; Optum Health Networks, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; Physician Alliance of the Rockies, LLC; POMCO Network, Inc.; POMCO, Inc.; Real Appeal, LLC; Solstice Administrators of Alabama, Inc.; Solstice Administrators of Missouri, Inc.; Solstice Administrators of North Carolina, Inc.; Solstice Administrators, Inc.; Solstice Benefit Services, Inc.; Solstice of Minnesota, Inc.; Solstice of New York, Inc.; Spectera, Inc.; Three Rivers Holdings, Inc.; UHIC Holdings, Inc.; UMR, Inc.; United Behavioral Health; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; UnitedHealthcare, Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Service LLC; Urgent Care MSO, LLC; USHEALTH Administrators, LLC; USHEALTH Group, Inc.; y Vivify Health, Inc. Este Aviso de Privacidad de la Información Financiera solo tiene vigencia donde se exige por ley. Específicamente, no se aplica para (1) productos de seguros de atención de la salud 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. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, visite <https://www.uhc.com/privacy/entities-fn-v2>.

**La discriminación es ilegal.** La compañía cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye ni trata de manera diferente a las personas debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, religión o sexo (incluidas la identidad de género y la orientación sexual).

Tiene derecho a presentar una queja formal por discriminación si cree que le hemos tratado de manera discriminatoria. Puede presentar una queja formal y solicitar ayuda para presentarla en persona o por correo postal, teléfono, fax o correo electrónico a la siguiente dirección:

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

Correo electrónico: [UHC\\_Civil\\_Rights@uhc.com](mailto:UHC_Civil_Rights@uhc.com)

También puede presentar una queja formal sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.:

En línea: [hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html](http://hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html)  
Por correo postal: U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
Por teléfono: **1-800-368-1019** (TDD **1-800-537-7697**)

Proporcionamos ayuda y servicios auxiliares gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros de manera efectiva, por ejemplo:

- Intérpretes de lenguaje de señas estadounidense calificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y demás formatos)

Ofrecemos también servicios de idioma gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-0826**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora de la montaña.

Este aviso está disponible en:

<https://www.uhc.com/legal/nondiscrimination-and-language-assistance-notices>.

CSNM24MD0168155\_001

138 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite [myuhc.com/communityplan/nm](http://myuhc.com/communityplan/nm)  
o llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-0826**, TTY **711**.

# 1-877-236-0826, TTY 711

**English:** ATTENTION: Translation and other language assistance services are available at no cost to you. If you need help, please call the number above.

**Spanish:** ATENCIÓN: La traducción y los servicios de asistencia de otros idiomas se encuentran disponibles sin costo alguno para usted. Si necesita ayuda, llame al número que se indica arriba.

**Navajo:** BAA'ÁKOHWIINIDZIN: Hazaad bee naaltsoos ha'dil'jh dóó nááná ła' saad bee áka'e'eyeed doo bágáh il'ínígoo ná hólqogo át'é. Shíka'a'doowoł nínízingo, t'áá shqodí hódahgo béésh bee hane'í biká'ígíí bee hodíilnih.

**Vietnamese:** CHÚ Ý: Dịch vụ dịch thuật và hỗ trợ ngôn ngữ khác được cung cấp cho quý vị miễn phí. Nếu quý vị cần trợ giúp, vui lòng gọi số ở trên.

**German:** HINWEIS: Übersetzungs- und andere Sprachdienste stehen Ihnen kostenlos zur Verfügung. Wenn Sie Hilfe benötigen, rufen Sie bitte die obige Nummer an.

**Chinese:** 注意：您可以免費獲得翻譯及其他語言協助服務。如果您需要協助，請致電上列電話號碼。

**Arabic:** تتيه: تتوفر خدمات الترجمة وخدمات المساعدة اللغوية الأخرى لك مجاناً. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة، يرجى الاتصال بالرقم أعلاه.

**Korean:** 참고: 번역 및 기타 언어 지원 서비스를 무료로 제공해 드립니다. 도움이 필요하시면 위에 명시된 번호로 전화해 주십시오.

**Tagalog:** ATENSYON: Ang pagsasalin at iba pang mga serbisyon tulong sa wika ay magagamit mo nang walang bayad. Kung kailangan mo ng tulong, mangyaring tawagan ang numero sa itaas.

**Japanese:** 注意: ほん訳やその他の言語サポートサービスを無料でご利用いただけます。サポートが必要な場合は、上記の番号までお電話ください。

**French:** ATTENTION : la traduction et d'autres services d'assistance linguistique sont disponibles sans frais pour vous. Si vous avez besoin d'aide, veuillez appeler le numéro ci-dessus.

**Russian:** ВНИМАНИЕ! Услуги перевода, а также другие услуги языковой поддержки предоставляются бесплатно. Если вам требуется помочь, пожалуйста, позвоните по указанному выше номеру.

**Hindi:** ध्यान दें: अनुवाद और अन्य भाषा सहायता सेवाएं आपके लिए निःशुल्क उपलब्ध हैं। अगर आपको मदद चाहिए तो कृपया ऊपर दिए गए नंबर पर कॉल करें।

**Persian:** توجه: خدمات ترجمه و سایر کمک‌های زبانی به صورت رایگان در اختیار شما قرار دارد. اگر به کمک نیاز دارید، با شماره بالا تماس بگیرید.

**Thai:** โปรดทราบ: มีบริการแปลและบริการช่วยเหลืออื่น ๆ ด้านภาษาให้สำหรับคุณโดยไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ หากคุณต้องการความช่วยเหลือโปรดโทรศัพท์ต่อหน้าบันทึก



# Estamos aquí para usted

---

Recuerde que siempre estamos disponibles para responder cualquier pregunta que pueda tener. Simplemente llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-0826**, TTY **711**. También puede visitar nuestro sitio web en [myuhc.com/communityplan/nm](http://myuhc.com/communityplan/nm).

UnitedHealthcare Community Plan  
Turquoise Care  
609 Broadway Boulevard NE, Suite 125  
Albuquerque NM 87102

[myuhc.com/communityplan/nm](http://myuhc.com/communityplan/nm)

**1-877-236-0826**, TTY **711**

**United  
Healthcare  
Community Plan**

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

