



New York

Three thick, dark blue wavy lines originate from the left side of the page and curve downwards and to the right, meeting at a point before curving back to the right.

Bienvenido a la comunidad

**Manual para Miembros del Programa de Atención
Médica Administrada (Managed Care) de Medicaid**

Actualizado para 2021



NOTIFICACIÓN DE LA NO-DISCRIMINACIÓN

UnitedHealthcare Community Plan cumple con los requisitos fijados por las leyes Federales de los derechos civiles. UnitedHealthcare Community Plan no excluye a las personas o las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

UnitedHealthcare Community Plan provee lo siguiente:

- Asistencia y servicios gratuitos de ayuda para las personas con discapacidades en su comunicación con nosotros, con:
 - Intérpretes calificados en el lenguaje de señas
 - Información por escrito en diferentes formatos (letras de mayor tamaño, audición, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios gratuitos con diversos idiomas para personas para quienes el inglés no es su lengua materna, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información impresa en diversos idiomas

Si usted necesita estos servicios, por favor llame gratuitamente al número anotado en su tarjeta de identificación como miembro.

Si usted piensa que UnitedHealthcare Community Plan no le ha brindado estos servicios o le han tratado a usted de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el Coordinador de los Derechos Civiles (Civil Rights Coordinator) haciéndolo por:

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

Correo electrónico: **UHC_Civil_Rights@uhc.com**

Teléfono: **1-800-493-4647, TTY 711**

Usted también puede presentar una queja acerca de sus derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, por:

Internet: Sitio en internet para la Oficina de Derechos Civiles en
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

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

Teléfono: Gratuitamente al 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a comunicarse con nosotros. Tales como, cartas en otros idiomas o en letra grande. O bien, puede solicitar un intérprete. Para pedir ayuda, por favor llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647, TTY 711**, de 8 a.m. a 6 p.m., de lunes a viernes.

2 UnitedHealthcare Community Plan® is the brand name of UnitedHealthcare of New York, Inc.

LANGUAGE ASSISTANCE

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. English
 Call 1-800-493-4647 TTY 711

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-493-4647 TTY 711.	English
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-493-4647 TTY 711.	Spanish/Español
注意：您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-493-4647 TTY 711。	Chinese/中文
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-493-4647 رقم هاتف الصم والبكم TTY 711	Arabic/اللغة العربية
주의: 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 1-800-493-4647 TTY 711로 전화하시기 바랍니다.	Korean/한국어
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-493-4647 (телетайп: TTY 711).	Russian/Русский
ATTENZIONE: Nel caso in cui la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il 1-800-493-4647 TTY 711.	Italian/Italiano
ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-493-4647 TTY 711.	French/Français
ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-493-4647 TTY 711.	French Creole/ Kreyòl ki soti nan Fransè
אכטונג: אויב איר רעדט אידיש, זענען פאראן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט 1-800-493-4647 TTY 711	Yiddish/אידיש
UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-493-4647.	Polish/Polski
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyong pantulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-493-4647 TTY 711	Tagalog
দৃষ্টি আকর্ষণ: যদি আপনার ভাষা “Bengali বাংলা” হয় তাহলে আপনি বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পাবেন। 1-800-493-4647 TTY 711 নম্বরে ফোন করুন।	Bengali/বাংলা
KUJDES: Ju vendosen në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-493-4647	Albanian/Shqip
Προσοχή: Στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε «1-800-493-4647» TTY 711.	Greek/ Ελληνικά
توجه دین: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان سے متعلق مدد کی خدمات مفت دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-800-493-4647 TTY 711	Urdu/اردو

Números de teléfono importantes

Departamento de Servicios para Miembros	1-800-493-4647
(8:00 a.m. a 6:00 p.m. de lunes a viernes)	
TDD/TTY (para personas con problemas de audición)	711
Su Doctor de atención primaria: . . . Vea su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan	
Línea de Enfermeras (NurseLine)	1-877-597-7801
Departamento de Autorización Previa	1-866-604-3267
Departamento de Farmacia	1-800-310-6826
New York State Department of Health's Home	1-518-473-5569
Servicios de Salud Conductual	1-800-493-4647
Departamento de Salud del estado de New York (Quejas)	1-800-206-8125
New York Medicaid CHOICE	1-800-505-5678
New York State Growing Up Healthy Hotline	1-800-522-5006
Línea directa para víctimas de violencia doméstica	
Inglés	1-800-942-6906
Español	1-800-942-6908
Para personas con problemas de audición	1-800-810-7444
Línea directa para VIH/SIDA del Estado de New York	
Inglés	1-800-541-AIDS (2437)
Español	1-800-233-SIDA (7432)
TDD	1-800-369-AIDS (2437)
Audiencia Imparcial del Estado de New York	1-800-342-3334
Departamento de Servicios Financieros de New York	1-800-342-3736
Departamentos de Servicios Sociales de los condados del norte:	
Departamento de Servicios Sociales del condado de Albany	1-518-447-7300
Departamento de Servicios Sociales del condado de Broome	1-607-778-2669
Departamento de Servicios Sociales del condado de Cayuga	1-315-253-1011
Departamento de Servicios Sociales del condado de Chautauqua	1-716-661-8200
Departamento de Servicios Sociales del condado de Chemung	1-607-737-5309
Departamento de Servicios Sociales del condado de Chenango	1-607-337-1500
Departamento de Servicios Sociales del condado de Clinton	1-518-565-3222
Departamento de Servicios Sociales del condado de Columbia	1-518-828-9411
Departamento de Servicios Sociales del condado de Dutchess	1-845-486-3000
Departamento de Servicios Sociales del condado de Erie	1-716-858-8000
Departamento de Servicios Sociales del condado de Essex	1-518-873-3450
Departamento de Servicios Sociales del condado de Franklin	1-518-483-6770

4 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros **1-800-493-4647**, TTY **711**
(Para crisis de salud mental/uso de sustancias, oprima 8)

Departamentos de Servicios Sociales de los condados del norte (continuación):

Departamento de Servicios Sociales del condado de Fulton	1-518-736-5640
Departamento de Servicios Sociales del condado de Genesee	1-585-344-2580
Departamento de Servicios Sociales del condado de Greene	1-518-943-3200
Departamento de Servicios Sociales del condado de Herkimer	1-315-867-1291
Departamento de Servicios Sociales del condado de Jefferson	1-315-782-9030
Departamento de Servicios Sociales del condado de Lewis	1-315-376-5105
Departamento de Servicios Sociales del condado de Livingston	1-585-243-7300
Departamento de Servicios Sociales del condado de Madison	1-315-366-2211
Departamento de Servicios Sociales del condado de Monroe	1-585-753-2740
Departamento de Servicios Sociales del condado de Niagara	1-716-439-7600
Departamento de Servicios Sociales del condado de Oneida	1-315-798-5632
Departamento de Servicios Sociales del condado de Onondaga	1-315-435-2928
Departamento de Servicios Sociales del condado de Ontario	1-585-396-4060
Departamento de Servicios Sociales del condado de Orange	1-845-291-4000
Departamento de Servicios Sociales del condado de Orleans	1-585-589-7000
Departamento de Servicios Sociales del condado de Oswego	1-315-963-5000
Departamento de Servicios Sociales del condado de Rensselaer	1-518-270-3928
Departamento de Servicios Sociales del condado de Rockland	1-845-364-2000
Departamento de Servicios Sociales del condado de Seneca	1-315-539-1865
Departamento de Servicios Sociales del condado de Schenectady	1-518-388-4470
Departamento de Servicios Sociales del condado de St. Lawrence	1-315-379-2276
Departamento de Servicios Sociales del condado de Tioga	1-877-882-8313
Departamento de Servicios Sociales del condado de Ulster	1-845-334-5000
Departamento de Servicios Sociales del condado de Warren	1-518-761-6300
Departamento de Servicios Sociales del condado de Wayne	1-315-946-4881
Departamento de Servicios Sociales del condado de Westchester	1-800-549-7650
Departamento de Servicios Sociales del condado de Wyoming	1-585-786-8900
Departamento de Servicios Sociales del condado de Yates	1-315-536-5183

Ciudad de New York y Long Island:

Departamento de Servicios Sociales del condado de Nassau	1-516-227-8000
Administración de Recursos Humanos de la ciudad de New York	1-718-557-1399
Administración de Recursos Humanos de la ciudad de New York (dentro de los 5 municipios)	1-877-472-8411
Departamento de Servicios Sociales del condado de Suffolk (Hauppauge)	1-631-853-8730
Departamento de Servicios Sociales del condado de Suffolk (Riverhead)	1-631-852-3710
Departamento de Servicios Sociales del condado de Suffolk (Ronkonkoma)	1-631-854-9700

¿Tiene preguntas? Llame a Servicios para Miembros **1-800-493-4647**, TTY 711 5
(Para crisis de salud mental/uso de sustancias, oprima 8)

Otras útiles fuentes

Oficina de Servicios y Ayuda en Adicciones (Office on Addiction Services and Supports) – OASAS: <https://oasas.ny.gov/>

Para presentar una queja contra el programa, llame al **1-800-553-5790**.

Para quejas relacionadas con los consejeros, llame al **1-800-482-9564**, opción **5**.

Oficina de Servicios para Familias y Niños (Office of Children and Family Services) – OCFS: <http://ocfs.ny.gov/main/>

Oficina para la Salud Mental (Office of Mental Health) – OMH:

<https://www.omh.ny.gov/omhweb/about/>

Para presentar una queja, llame al número gratuito del Centro de Relaciones con el Cliente de la OMH al **1-800-597-8481**.

Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (Office for People With Developmental Disabilities) – OPWDD: <https://www.opwdd.ny.gov>

Red de Defensa al Consumidor Independiente (Independent Consumer Advocacy Network, ICAN): www.icannys.org

Teléfono: **1-844-614-8800** (Servicio de Retransmisión de TTY: **711**)

Correo electrónico: ican@cssny.org

Proyecto de Acceso a Atención Médica para el Cuidado de la Salud Mental y Adicciones de la Comunidad (Community Health Access to Addiction & Mental Healthcare Project, CHAMP) del Estado de New York:

Teléfono: **1-888-614-5400**

Correo electrónico: Ombuds@oasas.ny.gov

Sitio web myuhc.com/CommunityPlan

Otros proveedores de salud

Su PCP: _____ Teléfono: _____

Su sala de emergencias más cercana: _____ Teléfono: _____

Farmacia local: _____ Teléfono: _____

6 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros **1-800-493-4647**, TTY **711**
(Para crisis de salud mental/uso de sustancias, oprima 8)

Tabla de contenido

Bienvenido al Programa de atención administrada de Medicaid de UnitedHealthcare Community Plan	9
Cómo funciona la atención administrada (managed care)	9
Confidencialidad	11
Cómo utilizar este manual	11
Ayuda de Servicios para Miembros	12
Su tarjeta de identificación (ID) del plan de salud	15
Parte I – Lo primero que debe saber	16
Cómo elegir su Proveedor de atención primaria (PCP)	16
Cómo obtener atención médica regular	19
Plazos para citas	20
Cómo obtener atención médica en especialidades y referencias	21
Obtenga estos servicios de UnitedHealthcare Community Plan sin una referencia	23
Emergencias	26
Atención de urgencia	28
Atención fuera de los Estados Unidos	28
Deseamos mantenerle saludable	29
Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan	30
Beneficios	30
Nueva tecnología	30
Servicios cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan	31
Atención médica de salud conductual	52
Transporte que no sea de emergencia	56
Transporte de emergencia	59
Servicios adicionales con cobertura por UnitedHealthcare Community Plan	59

¿Tiene preguntas? Llame a Servicios para Miembros **1-800-493-4647**, TTY 711 7
(Para crisis de salud mental/uso de sustancias, oprima 8)

Servicios no cubiertos	60
Si usted recibe una factura	61
Autorización de servicios	64
Otras decisiones sobre su atención médica	68
Cómo pagamos a nuestros proveedores	69
Usted puede ayudar con las políticas del plan	69
Información de Servicios para Miembros	70
Manténganos informados	71
Cancelación de inscripción y transferencias	72
Apelaciones del plan	74
Apelaciones externas	80
Audiencias imparciales	82
Proceso de queja	85
Apelaciones de quejas	87
Derechos y responsabilidades de los miembros	88
Directrices anticipadas	90
Definiciones	91
Avisos del plan de salud sobre las prácticas de privacidad	105

Bienvenido al Programa de atención administrada de Medicaid de UnitedHealthcare Community Plan

Nos complace que elija UnitedHealthcare Community Plan. Este manual será su guía para los servicios completos de los cuidados de salud disponibles para usted. Deseamos garantizarle un buen comienzo como nuevo socio. Para conocerle mejor, nos pondremos en contacto con usted en las próximas dos o tres semanas. Puede hacernos las preguntas que desee u obtener ayuda a través de citas. Si necesita hablar con nosotros antes de que nosotros lo hagamos con usted, llámenos al **1-800-493-4647**.

Cómo funciona la atención administrada (managed care)

El plan, nuestros proveedores y usted

No hay dudas de que ha visto o escuchado sobre los cambios en atención médica. Muchos consumidores ahora obtienen sus beneficios a través de atención médica administrada, que provee un hogar central para sus cuidados de salud. Si usted estaba recibiendo cuidados para su salud conductual empleando su tarjeta de Medicaid, estos servicios ahora pueden ser disponibles a través del UnitedHealthcare Community Plan.

Usted puede afiliarse a este plan si vive en los siguientes condados de New York:

Condados de Albany, Broome, Cayuga, Chautauqua, Chemung, Chenango, Clinton, Columbia, Dutchess, Erie, Essex, Franklin, Fulton, Genesee, Greene, Herkimer, Jefferson, Lewis, Livingston, Madison, Monroe, Nassau, Niagara, Oneida, Onondaga, Ontario, Orange, Orleans, Oswego, Rensselaer, Rockland, Schenectady, Seneca, St. Lawrence, Suffolk, Tioga, Ulster, Warren, Wayne, Westchester, Wyoming y Yates; y la ciudad de New York incluyendo Bronx, Kings, Queens, Richmond y New York

Bienvenido

UnitedHealthcare Community Plan tiene un contrato con el Departamento de Salud Estatal para satisfacer las necesidades de atención médica de las personas con Medicaid. A su vez, elegimos un grupo de proveedores de atención médica para ayudarle a satisfacer sus necesidades. Estos médicos y especialistas, hospitales, laboratorios y demás instalaciones de atención médica forman nuestra **red de proveedores**. Encontrará una lista en nuestro directorio de proveedores. Si no tiene un directorio de proveedores, comuníquese al **1-800-493-4647** para obtener una copia o acuda a nuestro sitio web myuhc.com/CommunityPlan.

Cuando se afilie a UnitedHealthcare Community Plan, uno de nuestros proveedores cuidará de usted. La mayor parte del tiempo esa persona será su Doctor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP). Si necesita hacerse un análisis, consultar a un especialista o ir a un hospital, su PCP se encargará de ello.

Su PCP se encuentra disponible todos los días, durante el día y la noche. Si necesita hablar con él o ella fuera de horas de consulta o durante los fines de semana, deje un mensaje y la manera de localizarle. Su PCP se comunicará con usted lo antes posible. Aunque su PCP es su fuente principal de atención médica, en algunos casos, puede remitirse usted mismo a ciertos médicos para obtener algunos servicios. Consulte la página 23 para más detalles.

Es posible que esté restringido a determinados proveedores de planes si ha sido identificado como un beneficiario restringido. A continuación, se incluyen ejemplos de los motivos por los cuales es posible que esté restringido:

- Obtiene atención de diferentes médicos para el mismo problema
- Obtiene atención médica con más frecuencia de la necesaria
- Utiliza medicamentos recetados de una manera que puede ser peligrosa para su salud
- Permite que otra persona, además de usted, utilice su tarjeta de identificación del plan

Confidencialidad

Nosotros respetamos sus derechos de privacidad. UnitedHealthcare Community Plan reconoce la confianza entre usted, su familia, sus doctores y otros proveedores de los cuidados de salud. UnitedHealthcare Community Plan nunca hará pública su historia médica o de salud conductual sin obtener primero su aprobación por escrito. Las únicas personas que pueden tener acceso a su información clínica son UnitedHealthcare Community Plan, su Proveedor de atención primaria y otros proveedores quien le brindan cuidados de salud y su representante autorizado. Las referencias a tales proveedores siempre serán discutidas con usted por su Proveedor de atención primaria o con su Administrador de los cuidados de salud en el hogar si tiene alguno. El personal de UnitedHealthcare Community Plan ha sido entrenado para mantener la más estricta confidencialidad acerca de la información de sus miembros.

Cómo utilizar este manual

Este manual le ayudará cuando se afilia a un plan de atención médica administrada. Le explicará cómo funciona su nuevo sistema de atención médica y cómo puede aprovechar al máximo UnitedHealthcare Community Plan. Este manual es su guía para los servicios de salud y bienestar. Le explica los pasos que debe seguir para que el plan funcione para usted.

Las primeras páginas describen lo que necesita saber de **inmediato**. El resto del manual puede esperar hasta que usted lo necesite. Utilícelo como referencia o revíselo poco a poco.

Cuando tenga una pregunta, consulte este manual o llame a nuestra unidad de Servicios para Miembros. También puede llamar al personal de atención médica administrada en su Departamento local de Servicios Sociales. Consulte el reverso de la portada para conocer la lista de números de teléfono de los Departamentos locales de Servicios Sociales.

Si vive en la ciudad de New York o en los condados de Albany, Broome, Cayuga, Chautauqua, Chemung, Chenango, Clinton, Columbia, Dutchess, Erie, Essex, Franklin, Fulton, Genesee, Greene, Herkimer, Jefferson, Lewis, Livingston, Madison, Monroe, Nassau, Niagara, Oneida, Onondaga, Ontario, Orange, Orleans, Oswego, Rensselaer, Rockland, Schenectady, Seneca, St. Lawrence, Suffolk, Tioga, Ulster, Warren, Wayne, Westchester, Wyoming o Yates, puede llamar también a la línea de ayuda de New York Medicaid Choice al 1-800-505-5678. Servicios para Miembros se encuentra disponible de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., llamando al **1-800-493-4647**. Si tiene problemas de audición, llame al Servicio de Transmisión AT&T TDD al **711**.

Ayuda de Servicios para Miembros

Hay alguien para ayudarlo en Servicios para Miembros de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. de lunes a viernes. Solo llame a Servicios para Miembros al número gratuito **1-800-493-4647**. Si tiene problemas de audición, llame al Servicio de Transmisión AT&T TTY/TDD al **711**.

Usted puede llamar a Servicios para Miembros para obtener ayuda **cuando tenga preguntas** o necesite asistencia para escoger o para cambiar a un Proveedor de Atención Primaria (abreviado PCP), para preguntas acerca de sus beneficios y servicios, para obtener ayuda con referencias, para reemplazar una tarjeta de identificación extraviada, para reportar el nacimiento de un nuevo bebé en la familia, o para preguntar acerca de cualquier cambio que pueda afectar sus beneficios o los beneficios de su familia. Si usted tiene cualquier pregunta después de las horas de trabajo acerca de sus cuidados para la salud o de los cuidados para la salud conductual, puede llamar a la Línea de Enfermeras (NurseLine) al 1-877-597-7801 donde podrá hablar con una enfermera.

Si está o llegara a estar embarazada, su hijo formará parte de UnitedHealthcare Community Plan el día de su nacimiento. Esto sucederá, a menos que el recién nacido esté en un grupo que no pueda afiliarse a la atención médica administrada. Debe llamarnos a nosotros y a su oficina de servicios sociales local (LDSS) de inmediato si está embarazada y permitimos ayudarle a elegir un médico para su **bebé recién nacido** antes de que nazca.

Nosotros estamos orgullosos de tenerlo como miembro de UnitedHealthcare Community Plan. Esperamos, **a partir de hoy**, hacer que su experiencia de atención médica sea lo más fácil posible. Nuestros defensores de miembros pueden responder a las preguntas que usted pueda tener acerca de los beneficios cubiertos por su plan y ayudarlo a elegir un nuevo PCP, si no tiene uno. Incluso nosotros podemos ayudarlo a programar una visita de bienestar con su doctor. Como un nuevo miembro, usted recibirá una llamada de uno de nuestros defensores de miembros altamente capacitados para darle la bienvenida a nuestro plan. Nuestros Defensores de miembros podrán responder cualquier pregunta que usted pueda tener acerca de sus beneficios y cuáles son los doctores disponibles para usted, y también podrán ayudarlo a completar su evaluación de salud.

Lo que usted necesita conocer acerca de su Evaluación de salud

- Una Evaluación de la salud es una encuesta breve y sencilla que le hace simples preguntas acerca de su estilo de vida y salud
- Nos ayuda a conocerlo mejor
- Le ayuda aprovechar al máximo su plan de salud
- Nos ayuda a correlacionarlo con los muchos beneficios y servicios disponibles para usted
- Sus respuestas son confidenciales
- Esto no reducirá su cobertura de atención médica de ninguna manera
- ¡Solo toma unos minutos completarlo!

12 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros **1-800-493-4647**, TTY **711**
(Para crisis de salud mental/uso de sustancias, oprima 8)

¿Perdió usted nuestra llamada de bienvenida?

Nuestros defensores de miembros están disponibles de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., de lunes a viernes. Simplemente llame al **1-800-493-4647**, TTY **711**. Nosotros podemos responder a cualquier pregunta que usted pueda tener y ayudarle a completar su evaluación de salud en solo unos minutos.

Si usted desea reunirse con un representante de UnitedHealthcare en persona para obtener más información acerca de su salud o de su cobertura del plan, comuníquese con una de nuestras oficinas comunitarias locales para programar una cita para reunirse con un representante. Tenemos 12 ubicaciones comunitarias convenientes:

Bronx County

151 East Burns de Avenue
Bronx, NY 10453
Horas hábiles:
9:30 a.m.–5:00 p.m., de lunes a viernes

Jefferson County

237 State Street
Watertown, NY 13601
Horas hábiles:
9:00 a.m.–4:00 p.m., de lunes a viernes

Kings County

6402 8th Avenue, Suite 107
Brooklyn, NY 11220
Horas hábiles:
9:00 a.m.–5:30 p.m., de lunes a viernes

2343 86th Street
Brooklyn, NY 11220
Horas hábiles:
9:00 a.m.–5:30 p.m., de lunes a viernes

Nassau County

250 Fulton Avenue, Suite 121
Hempstead, NY 11550
Tel: 516-247-6352
Horas hábiles:
9:00 a.m.–4:00 p.m., de lunes a viernes

Niagara County

810 Portage Road
Niagara Falls, NY 14301
Tel: 716-285-8568
Horas hábiles:
9:00 a.m.–4:30 p.m., de lunes a viernes

New York County

161 Canal Street
New York, NY 10013
Horas hábiles:
9:00 a.m.–5:30 p.m., de lunes a viernes

27 East Broadway, 2nd Floor
New York, NY 10002
Horas hábiles:
9:00 a.m.–5:30 p.m., de lunes a viernes

558 W 181 Street
New York, NY 10033
Tel: 212-781-3960
Horas hábiles:
10:00 a.m.–5:00 p.m., de lunes a viernes

Onondaga County

7608 Oswego Road
Liverpool, NY 13090
Tel: 315-221-5114 or 315-221-5115
Horas hábiles:
9:00 a.m.–4:00 p.m., de lunes a viernes

Bienvenido

Queens County

136-02 Roosevelt Avenue
Flushing, NY 11354
Horas hábiles:
9:00 a.m.–5:30 p.m., de lunes a viernes

Suffolk County

462 Suffolk Avenue
Brentwood, NY 11717
Tel: 631-231-0180 o 631-231-0181
Horas hábiles:
9:00 a.m.–4:00 p.m., de lunes a viernes

Para los miembros que viven en condados en la parte norte del estado, llame a nuestra oficina en Syracuse para hacer una cita para reunirse con un representante de UnitedHealthcare con respecto a una queja.

Si no habla inglés, podemos ayudarle. Deseamos que aprenda a usar su plan de atención médica sin importar qué idioma habla. Solo llámenos y encontraremos una manera de comunicarnos en su propio idioma. Tenemos un grupo de personas que puede ayudarle. También le ayudaremos a encontrar un PCP (doctor de atención primaria) que pueda atenderle en su idioma.

Para personas con discapacidades: Si usa una silla de ruedas, es ciego o tiene problemas de audición o comprensión, llámenos si necesita ayuda adicional. Podemos informarle si un determinado consultorio de proveedores tiene acceso para sillas de ruedas o está equipado con dispositivos de comunicación especiales. Además, tenemos servicios, como:

- Máquina de teléfono de texto (nuestro número de teléfono de texto es **711**)
- Información en letra grande, Braille o en cinta de audio
- Administración de casos
- Ayuda para concertar citas
- Nombres y direcciones de proveedores que se especializan en su discapacidad

Si usted o su hijo(a) están obteniendo cuidados de salud en su hogar, su enfermera o cuidadora pueden aun no saber de su afiliación a nuestro plan. **Llámenos de inmediato** para asegurarse que los cuidados de salud en su hogar no se detienen súbitamente.

Su tarjeta de identificación (ID) del plan de salud

Después de que se inscriba, le enviaremos una carta de bienvenida. Su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan debe llegar dentro de los 14 días posteriores a la fecha de inscripción. Esta tiene impreso el nombre y el número de teléfono de su PCP (Proveedor de atención primaria). También tiene el número de identificación de cliente (Client Identification Number, CIN). Si algo está mal en con su tarjeta ID de UnitedHealthcare Community Plan, llámenos de inmediato. Su tarjeta de identificación no muestra que usted tiene Medicare o que UnitedHealthcare Community Plan es un tipo especial de plan de salud.

Lleve la tarjeta de identificación con usted en todo momento y muéstrela cada vez que reciba atención. Si necesita atención antes de que llegue la tarjeta, la carta de bienvenida es prueba de que ya es miembro. Debe guardar la tarjeta de beneficios de Medicaid. Necesitará esa tarjeta para recibir los servicios que UnitedHealthcare Community Plan no cubre.

Medicaid solamente

	
Health Plan (80840)	911-87726-04
Member ID: 001000002	Group Number: NYCDFHP
Member: REISSUE ENGLISH CIN#: 9999999222	Payer ID: 87726
PCP Name: DOUGLAS GETWELL PCP Phone: (718)260-4600	
	Rx Bin: 610494 Rx Grp: ACUNY Rx PCN: 4800
0501	UnitedHealthcare Community Plan for Families Administered by UnitedHealthcare of New York, Inc.

In an emergency go to nearest emergency room or call 911.		Printed: 10/30/19
This card does not guarantee coverage. For coordination of care call your PCP. To verify benefits or to find a provider, visit the website myuhc.com/communityplan or call.		
For Members: NurseLine:	800-493-4647 877-597-7801	TTY 711 TTY 711
For Providers: Medical Claims:	UHCprovider.com PO Box 5240, Kingston, NY, 12402-5240	866-362-3368
Pharmacy Claims: OptumRX, PO Box 65033, Dallas, TX 75269-0334 For Pharmacists: 877-305-8952		

Medicaid con salud conductual

	
Health Plan (80840)	911-87726-04
Member ID: 001000092	Group Number: NYCDFHP
Member: REISSUE ENGLISH CIN#: 9999999434	Payer ID: 87726
PCP Name: DOUGLAS GETWELL PCP Phone: (718)338-1616	
	Rx Bin: 610494 Rx Grp: ACUNY Rx PCN: 4800
0501	UnitedHealthcare Community Plan for Adults Administered by UnitedHealthcare of New York, Inc.

In an emergency go to nearest emergency room or call 911.		Printed: 10/30/19
This card does not guarantee coverage. For coordination of care call your PCP. To verify benefits or to find a provider, visit the website myuhc.com/communityplan or call.		
For Members: NurseLine:	800-493-4647 877-597-7801	TTY 711 TTY 711
For Providers: Medical Claims:	UHCprovider.com PO Box 5240, Kingston, NY, 12402-5240	866-362-3368
Pharmacy Claims: OptumRX, PO Box 65033, Dallas, TX 75269-0334 For Pharmacists: 877-305-8952		

¿Tiene preguntas? Llame a Servicios para Miembros **1-800-493-4647**, TTY **711** 15
(Para crisis de salud mental/uso de sustancias, oprima 8)

Parte I – Lo primero que debe saber

Cómo elegir su Proveedor de atención primaria (PCP)

El nombre del proveedor de atención primaria (PCP) que se anota en su tarjeta de identificación como miembro, es el proveedor de atención primaria asignado a usted.

¿Qué significa esto para usted?

Significa que usted solo podrá obtener servicios de atención primaria del PCP nombrado en su tarjeta de identificación como miembro o de otro proveedor de atención primaria del mismo consultorio donde usted consulta con su PCP asignado. Su PCP le brindará atención médica de rutina y podrá darle una referencia a otros doctores cuando sea necesario.

¿Qué es lo que usted necesita hacer?

Verifique su tarjeta de identificación como miembro para asegurarse que el PCP que aparece en su tarjeta de identificación sea el correcto. Si su tarjeta de identificación tiene un PCP diferente o si desea usted elegir otro PCP, llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., de lunes a viernes. Si usted necesita cambiar el nombre del PCP que figura en su tarjeta de identificación de miembro, le enviaremos una tarjeta de reemplazo con la nueva información.

¿Por qué debería yo consultar a un proveedor de atención primaria?

La atención médica regular significa tener exámenes, chequeos regulares, vacunas u otros tratamientos para mantenerlo en buena salud, brindarle consejos cuando los necesite y referirlo a un hospital o a especialistas cuando sea necesario. Significa que usted y su PCP trabajan juntos para que usted se mantenga sano o asegurarse de que reciba la atención médica que pudiera necesitar. De día o de noche, su PCP está a solo una llamada de distancia.

¿Tiene preguntas?

Si usted tiene alguna pregunta o desea cambiar a su PCP, llámenos gratuitamente al **1-866-433-3413**, TTY **711**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Es posible que desee encontrar un médico que:

- Le haya visto antes,
- Comprenda sus problemas de salud,
- Reciba pacientes nuevos,
- Pueda atenderle en su idioma, o
- Sea accesible fácilmente.

Cada miembro de la familia puede tener un PCP diferente o puede elegir un PCP que atienda a toda la familia. Un pediatra atiende a los niños. Los médicos de medicina familiar atienden a toda la familia. Los médicos de medicina interna atienden a los adultos. Servicios para Miembros puede ayudarle a elegir un PCP.

Puede localizar a los proveedores participantes con UnitedHealthcare Community Plan llamando a Servicios para Miembros por teléfono o a través de internet a la dirección myuhc.com/CommunityPlan y usando la herramienta de localización “Find-a-Doc” (“Encontrar un doctor”). Si usted desea que una copia impresa del directorio se envíe a su casa, puede llamar a Servicios para Miembros para solicitarla. Usted también puede conocer información acerca de los doctores en nuestra red, tales como certificaciones y los idiomas que hablan, en internet en myuhc.com/CommunityPlan, o llamando a Servicios para Miembros.

Nosotros podemos darle la siguiente información:

- Nombre, dirección, números de teléfono
- Calificaciones profesionales
- Especialidad
- Escuela de medicina en donde estudió
- Residencia completada
- Certificaciones actuales

Las mujeres no tienen que elegir un OB/GYN (obstetra-ginecólogo) de atención primaria. Las mujeres pueden obtener atención de cualquier OB/GYN participante. Las mujeres no necesitan una remisión de su PCP para consultar con un doctor OB/GYN. Pueden realizarse chequeos de rutina (dos veces al año), recibir atención de seguimiento si hubiera algún problema y recibir atención regular durante el embarazo. No hay límites para las visitas de atención OB/GYN.

Parte I – Lo primero que debe saber

También tenemos contrato con varios centros de atención médica con certificación federal (federally qualified health centers, FQHC). Todos los FQHC proporcionan atención primaria y en especialidades. Algunos consumidores desean recibir atención de los FQHC porque estos tienen una larga trayectoria en el vecindario. Tal vez desee probarlos porque son de fácil acceso. Debe saber que cuenta con una opción. Puede elegir uno de los proveedores anotados en nuestro directorio. O puede inscribirse con un doctor de atención primaria en uno de los FQHC con que trabajamos. Son enumerados en el Directorio de proveedores. Solo llame a Servicios para Miembros al número gratuito **1-800-493-4647** para solicitar ayuda.

En la mayoría de los casos, sus médicos serán proveedores de UnitedHealthcare Community Plan. Hay cuatro casos en que **puede continuar viendo a otro médico que haya consultado antes de afiliarse a UnitedHealthcare Community Plan**. En esos casos, su proveedor debe estar de acuerdo para trabajar con UnitedHealthcare Community Plan. Puede continuar viendo a su médico si:

- Tiene más de tres meses de embarazo en el momento de afiliarse y está recibiendo atención prenatal. En ese caso, puede conservar a su médico hasta después del parto y de la atención posparto.
- En el momento de afiliarse, tiene una aflicción o enfermedad que pone en riesgo su vida y empeora con el tiempo. En ese caso, puede pedir continuar con su médico durante 60 días.
- Si cuando usted se afilia con UnitedHealthcare Community Plan, está siendo tratado por una condición de salud conductual. En ese caso, usted puede solicitar que continúe con el mismo proveedor a través de un tratamiento hasta por 2 años.
- Si cuando usted se afilia con UnitedHealthcare Community Plan, Medicaid regular pagó por los cuidados de salud en su hogar y necesita continuar recibiendo ese tipo de cuidados de salud por lo menos por 120 días más. En ese caso, usted puede continuar con la misma agencia que le proporciona los cuidados de salud, la enfermera o cuidadora y con la misma clase de servicios por lo menos otros 90 días.

UnitedHealthcare Community Plan debe dejarle saber si habrá algún cambio en los cuidados de salud que recibe en su hogar antes de dichos cambios tomen lugar.

Si tiene una enfermedad de larga duración, como el VIH/SIDA u otros problemas de salud a largo plazo, puede elegir un especialista para que actúe como su PCP.

Si lo necesita, puede **cambiar su PCP** en los primeros 30 días posteriores a su primera cita. Después de eso, puede cambiar su PCP tres veces durante el año sin causa o con más frecuencia si tiene una buena razón. También puede cambiar el especialista a que su PCP lo ha referido.

Si su proveedor abandona **UnitedHealthcare Community Plan**, se lo diremos dentro de los 15 días de saberlo. Si lo desea, podría ver a ese proveedor si tiene un embarazo de más de tres meses o si está recibiendo tratamiento continuo por una afección. Si está embarazada, puede continuar viendo a su médico durante los 60 días posteriores al parto. Si está viendo a un médico de forma regular por una afección crónica, puede continuar su tratamiento actual durante 90 días. Su médico debe estar de acuerdo en trabajar con el plan durante este tiempo. Si cualquiera de estas condiciones es aplicable a su caso, verifique con su PCP o simplemente llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**.

Cómo obtener atención médica regular

Atención médica regular significa exámenes, chequeos regulares, vacunas u otros tratamientos para ayudarlo a estar bien, darle un consejo cuando lo necesita y referirle a un hospital o especialista cuando sea necesario. Significa que usted y su PCP trabajen juntos para ayudarlo a estar bien o para ver que recibe la atención médica que necesita.

De día o de noche, su PCP se encuentra solamente a una llamada de distancia. Asegúrese de llamarle cada vez que tenga una pregunta o preocupación médica. Si necesita llamar fuera de horas de consulta o durante los fines de semana, deje un mensaje que indique dónde o cómo localizarle. Su PCP le llamará tan pronto como sea posible. Recuerde, su PCP le conoce y sabe cómo funciona su plan de salud.

Su atención debe ser **médicamente necesaria**. Los servicios que reciba deben ser necesarios para:

1. Prevenir, diagnosticar o corregir lo que podría causar más sufrimiento; o
2. Tratar un peligro para su vida; o
3. Tratar un problema que podría causar enfermedad; o
4. Tratar algo que podría limitar sus actividades normales.

Su PCP se ocupará de la mayoría de sus necesidades de atención médica, pero usted debe concertar una cita para verlo. Si no puede asistir a una cita, llame a su PCP para hacérselo saber.

Tan pronto como elija su PCP, llame para concertar una primera cita. Si puede, prepárese para su primera cita. Su PCP necesitará saber todo lo que pueda contarle sobre su historia médica. Haga una lista de sus antecedentes médicos, problemas que tenga, los medicamentos que está tomando y las preguntas que desee formularle a su PCP. En la mayoría de los casos, su primera visita debe realizarse dentro de los tres primeros meses de haberse afiliado al plan.

Si necesita atención antes de su primera cita, llame al consultorio de su PCP para explicarle el problema. Le dará una cita anticipada. (Debe conservar la primera cita para hablar de su historia médica y hacer preguntas).

¿Tiene preguntas? Llame a Servicios para Miembros **1-800-493-4647**, TTY 711 19
(Para crisis de salud mental/uso de sustancias, oprima 8)

Plazos para citas

Utilice la siguiente lista como una guía de citas para nuestros límites sobre cuánto tiempo debería esperar después de solicitar una cita:

Exámenes físicos de rutina e iniciales de adulto	en un plazo de 12 semanas
Atención médica de urgencia	en un plazo de 24 horas
Visitas por enfermedad que no sean urgentes	en un plazo de 3 días
Atención médica preventiva, de rutina	en un plazo de 4 semanas
Primera visita prenatal	en un plazo de 3 semanas durante el primer trimestre (2 semanas durante el segundo, 1 semana durante el tercero)
Primera visita de recién nacido	dentro de las 2 semanas de dado de alta del hospital
Primera visita de planificación familiar	en un plazo de 2 semanas
Visita de seguimiento después de la consulta para pacientes hospitalizados o en sala de emergencias por salud mental o uso de sustancias	5 días
Consulta por uso de sustancias o salud mental que no sea urgente	2 semanas

Cómo obtener atención médica en especialidades y referencias

Si usted necesita de cuidados que su PCP no puede darle, él o ella le darán una referencia a un especialista que puede hacerlo. Si su PCP le refiere a otro doctor dentro del UnitedHealthcare Community Plan, nosotros pagaremos por sus cuidados. La mayoría de esos especialistas son proveedores dentro del plan. Hable con su PCP para conocer cómo trabajan las referencias.

Si usted piensa que el especialista no llena sus necesidades, hable con su PCP. Su especialista puede ayudarle a consultar con un especialista diferente.

Hay algunos tratamientos y servicios que **antes** de proveerse para usted, es necesario que su PCP solicite la aprobación de UnitedHealthcare. Su PCP podrá decirle cuales son estos tratamientos y servicios.

Si tiene problemas para obtener una referencia que cree que necesita, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**.

Si usted no tiene un especialista dentro de la red de UnitedHealthcare que pueda darle los cuidados que usted requiere, nosotros obtendremos para usted los cuidados necesarios por un especialista que no pertenezca a la red de UnitedHealthcare. A esto se le llama una referencia por afuera de nuestra red. Su PCP debe llamar al Departamento de Autorizaciones Previas de UnitedHealthcare al **1-866-604-3267** para obtener autorización para que usted acuda a un especialista que no se parte de la red de UnitedHealthcare. El especialista debe estar de acuerdo a trabajar con UnitedHealthcare y aceptar nuestros pagos en su totalidad. A este permiso se le llama “pre-autorización”. Su PCP le explicará todo lo anterior cuando él o ella le refieran a un especialista que se no encuentra dentro de la red de UnitedHealthcare. Por favor, consulte la sección “Autorización de Servicios” para obtener más información acerca de la documentación que usted debe presentar cuando solicita una consulta con un especialista que no se encuentre dentro de la red de UnitedHealthcare. Si UnitedHealthcare Community Plan aprueba la consulta con un especialista que no esté dentro de la red de UnitedHealthcare, usted no será responsable por ningún costo, con la excepción de algún copago, como se describe en este manual.

En algunas ocasiones nosotros no podríamos aprobar una referencia por fuera de nuestra red porque tenemos a un proveedor dentro de UnitedHealthcare Community Plan quien puede darle tratamiento. Si usted piensa que nuestro proveedor no tiene el entrenamiento correcto o la experiencia necesaria para darle tratamiento, usted puede solicitarnos que revisemos al proveedor por fuera de la red a donde fue referido para conocer si es médicamente necesario. Usted necesitará solicitar una **apelación del plan**. Para conocer cómo puede hacerlo, por favor vea la página 74.

Parte I – Lo primero que debe saber

En ocasiones, es posible que no aprobemos una referencia por fuera de la red para un tratamiento específico porque usted solicitó cuidados que no son muy diferentes a los que puede obtener del proveedor de UnitedHealthcare. Puede solicitar que se verifique su referencia por fuera de la red para el tratamiento que desea si es un tratamiento médicamente necesario. Usted deberá solicitar una apelación del plan. Consulta la página 74 para saber cómo hacerlo.

Si usted necesita ver a un especialista para continuar bajo los mismos cuidados de salud, su PCP podría referirle a un especialista por un cierto número de veces o por un cierto periodo de tiempo (una **referencia continua**). Si usted tiene una referencia continua, usted no necesitara que se le refiera cada vez que usted consulta con el especialista.

Si tiene una enfermedad crónica o una discapacidad que empeora con el tiempo, su PCP posiblemente puede coordinar para que:

- Su especialista actúe como su PCP; o
- Una referencia a un centro de cuidados de especialidad que trabaja con tratamientos para su problema.

También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener ayuda sobre cómo acceder a un centro de atención médica de especialidades.

Si usted desea que su especialista o proveedor de atención médica de salud conductual participante actúe como su PCP, debe discutir esto con su especialista o proveedor de atención médica de salud conductual participante y preguntarle al doctor si está dispuesto a actuar como su PCP. Eso significa que su especialista o proveedor de atención médica de salud conductual participante sería responsable de administrar sus necesidades generales de salud, coordinar las referencias para pruebas de laboratorio, radiografías y otras visitas a especialistas. Si su especialista o proveedor de atención médica de salud conductual participante está de acuerdo, pídale que envíe una carta por escrito confirmando que él o ella desean servir como su PCP y la razón por la cual quieren hacerlo, la dirección es:

Director de Servicios para Miembros
UnitedHealthcare Community Plan
77 Water Street 14th Floor
New York, NY 10005

Nosotros revisaremos la solicitud y le dejaremos conocer cuándo hayamos hecho efectivo el cambio.

Obtenga estos servicios de UnitedHealthcare Community Plan sin una referencia

Servicios para mujeres

No se necesita tener una referencia de su PCP para ver uno de nuestros proveedores si:

- Está embarazada
- Necesita servicios de un obstetra/ginecólogo
- Necesita servicios de planificación familiar
- Desea ver a una partera
- Necesita realizarse un examen pélvico o de mamas

Planificación familiar

Puede obtener los siguientes servicios de planificación familiar: asesoría para control de la natalidad, recetas para control de natalidad, condones masculinos y femeninos, pruebas de embarazo, esterilización o un aborto. Durante estas consultas, también puede realizarse pruebas para las infecciones transmitidas sexualmente, un examen de cáncer de mamas o un examen pélvico.

No es necesario tener una referencia de su PCP para obtener estos servicios. De hecho, usted puede elegir donde quiere recibir estos servicios. Puede usar su tarjeta de identificación UnitedHealthcare Community Plan para ver a uno de nuestros proveedores de planificación familiar. Consulte el Directorio de proveedores o llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda para encontrar un proveedor.

O puede usar su tarjeta Medicaid si desea ir a un doctor o clínica fuera de la red de UnitedHealthcare Community Plan. Consulte a su PCP o llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647** para obtener una lista de los lugares donde puede concurrir para recibir estos servicios. También puede llamar a la línea directa de crecimiento saludable del estado de New York (Growing Up Healthy Hotline) al 1-800-522-5006 para conocer los nombres de los proveedores de planificación familiar más cercanos.

Parte I – Lo primero que debe saber

Pruebas para VIH y STI

Todas las personas deben conocer su estado acerca de VIH. Las pruebas para detectar VIH y las infecciones sexualmente transmisibles (STI) son parte regular de los cuidados para su salud.

- Usted puede tener una prueba para HIV o STI en cualquier momento en una visita a un consultorio o clínica
- Usted puede obtener una prueba para HIV o STI en cualquier momento en que está en servicios para el planeamiento familiar. Usted no necesita una referencia de su PCP (Proveedor de atención primaria). Solo necesita hacer una cita con un proveedor de planificación familiar. Si usted desea tener una prueba para HIV o STI, pero no es parte de los servicios de planificación familiar, su PCP puede proveer las pruebas o hacer arreglos para que usted las tenga.
- En caso de que usted no quiera consultar con un proveedor afiliado con UnitedHealthcare Community Plan, usted puede emplear su tarjeta Medicaid para consultar con un proveedor de planificación familiar que no esté afiliado con UnitedHealthcare Community Plan. Para obtener ayuda para encontrar un proveedor dentro del Plan o a un proveedor de Medicaid para los servicios de planificación familiar, llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**.
- Todas las personas deben hablar con sus doctores acerca de tomar una prueba para HIV. Para obtener una prueba gratuita de HIV de manera anónima, llame al 1-800-541-AIDS (inglés) o al 1-800-233-SIDA (español).

Algunas pruebas son “pruebas rápidas” y los resultados se obtienen mientras usted espera. El proveedor que le dio la prueba le explicará los resultados y hará los arreglos para que usted reciba el tratamiento si lo necesita. Usted también aprenderá ahí como puede proteger a su pareja. Si la prueba resulta negativa, nosotros le enseñaremos como puede usted conservarse en salud.

Asesoramiento y pruebas del HIV

UnitedHealthcare desea promover la prevención contra HIV/SIDA. Hay información disponible para aquellas personas que tienen riesgos de contraer HIV. Nosotros le podemos proveer información acerca de la forma en que esta infección se transmite, cómo usted puede protegerse si aún no está infectado y cómo puede proteger a otros si usted ya tiene la infección. Le podemos proveer información de cómo puede obtener las pruebas para la detección y de cómo usted y su pareja pueden recibir asesoría. Hay muchos doctores que se especializan en los cuidados de salud para las personas afectadas por HIV.

Si usted desea obtener más información acerca de la prevención de HIV y de cómo UnitedHealthcare puede darle asistencia o si quiere aprender más acerca del programa especial de UnitedHealthcare diseñado para asistir a los miembros afectados por HIV, llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647** y pida hablar con cualquier persona en el departamento de Administración de Casos (Case Management Department).

- Usted puede recibir pruebas para la detección de HIV y asesoramiento en cualquier momento que desee de parte de los servicios de planificación familiar. Usted no necesita ser referido por su PCP (Proveedor de Atención Primaria). Solo necesita hacer una cita con uno de los proveedores de planificación familiar.
- También, si usted prefiere no consultar con un proveedor de UnitedHealthcare Community Plan, puede emplear su tarjeta de identificación de Medicaid para consultar con un proveedor de planificación familiar que se encuentre por fuera de la red de UnitedHealthcare Community Plan. Para obtener ayuda para localizar ya sea a un proveedor de planificación familiar dentro del Plan o a un proveedor a través de Medicaid, llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**.
- Si usted desea una prueba de detección para HIV y asesoramiento, pero no es parte del servicio de planificación familiar, su PCP puede hacer la prueba o puede hacer arreglos para que usted tenga esa prueba. También usted puede visitar a cualquiera de los sitios en donde se ofrecen pruebas y asesoramiento para el HIV de manera anónima. Para obtener esta información, llame a la línea directa HIV Counseling Hotline del estado de New York al 1-800-872-2777 o 1-800-541-AIDS.
- Si usted necesita tratamiento para el HIV después de tener una prueba y el servicio de asesoramiento, su PCP le puede ayudarle a obtener los cuidados posteriores

Atención oftalmológica

Los beneficios cubiertos incluyen los servicios necesarios de un oftalmólogo, optometrista y un proveedor oftalmológico; además incluyen un examen de la visión y un par de anteojos, si es necesario. Generalmente, puede obtener estos servicios una vez cada dos años o con mayor frecuencia si es médicamente necesario. Las personas inscritas que padecen de diabetes pueden remitirse ellas mismas para un examen de pupilas dilatadas (retinas) una vez en un período de 12 meses. Simplemente tiene que elegir uno de nuestros proveedores de la visión participantes.

Los anteojos nuevos, con marcos aprobados por Medicaid, generalmente se entregan una vez cada dos años. Las lentes nuevas pueden pedirse con más frecuencia, si, por ejemplo, su visión cambia más de media dioptría. Si rompe sus anteojos, se pueden reparar. Si pierde o rompe los anteojos y no pueden repararse, se reemplazarán con la misma prescripción y el mismo estilo de marcos. Si necesita ver a un especialista de la visión para recibir atención por una enfermedad o defecto en la visión, su PCP puede recomendarle uno.

Parte I – Lo primero que debe saber

Salud conductual — (salud mental y el uso de sustancias)

Nosotros queremos ayudarle para que reciba los servicios que usted necesita para su salud conductual y para el uso de sustancias. Si en cualquier momento usted piensa que necesita ayuda con su salud conductual o por el uso de sustancias, usted puede consultar con un proveedor que acepte Medicaid para conocer cuáles son los servicios que usted puede necesitar. Esto incluye servicios de clínicos y de desintoxicación. Usted no necesita una referencia de su PCP.

Para dejar de fumar

Usted puede obtener medicamentos, suministros y asesoramiento si tiene deseos para dejar de fumar. No necesita una referencia de su PCP para obtener estos servicios. UnitedHealthcare Community Plan cubrirá tantas sesiones de asesoramiento para dejar de fumar como sean médicamente necesarias.

Pruebas para la depresión maternal

Si está embarazada y piensa que necesita ayuda porque se siente deprimida, usted puede obtener pruebas para conocer si hay servicios que usted pudiera necesitar. Usted no necesita que la refiera su PCP. Usted puede ser revisada por signos de la depresión durante su embarazo y hasta por un año después del parto.

Emergencias

Siempre está cubierto para emergencias. Una **emergencia** significa una condición conductual o médica:

- Que se produce de repente, y
- Que causa dolor u otros síntomas.

Una emergencia provoca que una persona que posee conocimientos generales de salud tenga miedo de que alguien sufra graves lesiones en las funciones o partes del cuerpo o desfiguramiento si no recibe atención de inmediato.

Ejemplos de una **emergencia** son:

- Ataque cardíaco o dolor intenso en el pecho
- Sangrado que no se detiene o quemadura grave
- Fracturas óseas
- Dificultades para respirar, convulsiones o pérdida de conocimiento
- Cuando siente que puede herirse a sí mismo o a los demás
- Si está embarazada y tiene signos como dolor, sangrado, fiebre o vómitos
- Sobredosis de drogas

26 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros **1-800-493-4647**, TTY 711
(Para crisis de salud mental/uso de sustancias, oprima 8)

Ejemplos de **no emergencias** son: resfríos, dolor de garganta, problemas estomacales, cortaduras menores y moretones o esguinces.

Las situaciones que no son emergencias pueden también ser asuntos de familia, un rompimiento emocional o el deseo de usar alcohol u otras. Estas situaciones pudieran sentirse como situaciones de emergencia, pero no son situaciones que requieran ir a una sala de emergencias.

Recuerde

No necesita la aprobación previa para servicios de emergencia. Utilice la sala de emergencia **solo** si tiene una **emergencia**.

La sala de emergencia **NO** debe usarse para problemas como gripe, dolores de garganta o infecciones de oído.

Si tiene preguntas, llame a su PCP o UnitedHealthcare Community Plan al **1-800-493-4647**.

Si tiene una emergencia, debe hacer lo siguiente:

Si cree que tiene una **emergencia**, llame al 911 o diríjase a una sala de emergencia. No necesita la aprobación de su PCP o de los planes para recibir atención de emergencia y no es necesario que utilice nuestros hospitales o médicos.

Si no está seguro, llame a su PCP o a UnitedHealthcare Community Plan. Diga que es lo que está pasando. Su PCP o representante de Servicios para Miembros le:

- Dirán qué hacer en casa;
- Propondrán venir al consultorio del PCP; o
- Dirán que vaya a la sala de emergencia más cercana.

Si se encuentra **fuera del área** cuando tiene una emergencia:

- Diríjase a la sala de emergencia más cercana

Atención de urgencia

Es posible que tenga una lesión o enfermedad que no sea una emergencia pero que necesita atención inmediata.

- Puede ser el caso de un niño con dolor de oídos que se despierta en el medio de la noche y no deja de llorar
- Esto puede ser una gripe o si usted requiere de puntadas
- Puede ser un esguince de tobillo o una astilla difícil de sacar

Puede obtener una cita para una consulta de atención urgente para el mismo día o el siguiente. Ya sea que esté en su casa o lejos de ella, llame a su PCP en cualquier momento, de día o de noche. Si no puede localizar a su PCP, llámenos al **1-800-493-4647**. Dígale a la persona que conteste que es lo que está pasando. Ellos le dirán que debe hacer.

Atención fuera de los Estados Unidos

Si viaja fuera de los Estados Unidos, puede obtener cuidados de emergencia y urgencia solamente en el Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana. Si necesita atención médica en cualquier otro país (incluso Canadá y México), usted tendrá que pagar, y no estará cubierta por UnitedHealthcare Community Plan.

Deseamos mantenerle saludable

Además de los chequeos regulares y de las vacunas que usted y su familia necesitan, estas son algunas otras maneras de mantenerse saludable:

- Clases para usted y su familia
- Clases para dejar de fumar
- Nutrición y atención prenatal
- Apoyo por dolor/pérdida
- Lactancia y atención de bebés
- Manejo del estrés
- Control del peso
- Control del colesterol
- Asesoramiento para diabetes y capacitación en autocontrol
- Asesoramiento para asma y capacitación en autocontrol
- Pruebas para las infecciones sexualmente transmitidas (STI) y cómo protegerse en contra de las STIs
- Servicios para la violencia doméstica

Llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647** o visite nuestro sitio web myuhc.com/CommunityPlan para obtener más información y obtener una lista de los servicios.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

El resto de este manual es para su información cuando lo necesite. Enumera los servicios cubiertos y no cubiertos. Si tiene una queja, el manual le dirá qué hacer. El manual tiene otra información que puede resultarle de utilidad. Téngalo a mano en caso de que lo necesite.

Beneficios

La atención administrada de Medicaid proporciona una cantidad de servicios que puede obtener además de aquellos que tiene con Medicaid regular. UnitedHealthcare Community Plan proporcionará o coordinará la mayoría de los servicios que necesite. Sin embargo, puede recibir algunos servicios sin pasar por un PCP. Se incluye atención de emergencia; planificación familiar/asesoramiento y prueba del VIH; y servicios de auto-referencia, incluso aquellos que puede obtener desde dentro del plan y algunos que puede optar por ir a cualquier proveedor de Medicaid del servicio. Por favor, llame sin cobrar a nuestro departamento de Servicios para Miembros al **1-800-493-4647** si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con alguno de los servicios a continuación.

Nueva tecnología

UnitedHealthcare Community Plan sigue un proceso para buscar nuevos procedimientos médicos, tratamientos y medicamentos una vez considerados seguros y aprobados para su uso por un grupo nacional de médicos reconocidos (por ejemplo, la FDA o Administración de Drogas y Alimentos [Food & Drug Administration]). Una vez que esto sucede, se realiza una revisión interna y un proceso de aprobación que se usa para colocar los nuevos procedimientos, tratamientos y medicamentos en producción, de manera que pueda ser un beneficio cubierto para usted.

Servicios cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan

Debe recibir estos servicios de los proveedores que estén en UnitedHealthcare Community Plan. Todos los servicios deben ser médicamente necesarios y provistos o referidos por su PCP (Proveedor de atención primaria). Por favor, llame a nuestro departamento de Servicios para Miembros al **1-800-493-4647** si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con alguno de los servicios a continuación.

Atención médica regular

- Visitas al consultorio con su PCP
- Visitas al especialista
- Exámenes de audición/vista

Atención preventiva

- Atención para el bienestar del bebé
- Atención del bienestar del niño
- Revisiones regulares
- Vacunas para niños desde el nacimiento hasta la adolescencia
- Acceso a los servicios de evaluación, diagnóstico y tratamiento periódicos y tempranos (Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment, EPSDT) para los inscritos desde el nacimiento hasta los 21 años de edad
- Ocho sesiones de asesoramiento para dejar de fumar
- Acceso a jeringas y agujas gratuitas
- Educación para VIH y para la reducción del riesgo

Mamografías

Dentro de la red: Cubiertas.

Mamografías de diagnóstico (mamografías empleadas en conexión con tratamientos o seguimiento del cáncer de seno) son ilimitadas y se cubren cuando son médicamente necesarias.

Mamografías para la detección — Se cubre una mamografía cada 12 meses — deben pasar 11 meses después de haber tenido la última mamografía (por CMS).

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Si no puede quedar embarazada, UnitedHealthcare Community Plan cubre los servicios que pueden ayudar.

UnitedHealthcare Community Plan cubre algunos medicamentos para la infertilidad. Este beneficio se limita a la cobertura de 3 ciclos de tratamiento de por vida. UnitedHealthcare Community Plan también cubre los servicios relacionados con la prescripción y monitorear el uso de tales medicamentos. El beneficio de infertilidad incluye:

- Visitas al consultorio
- Radiografía del útero y las trompas de Falopio
- Ultrasonido pélvico
- Análisis de sangre

Elegibilidad:

Puede ser elegible para los servicios de infertilidad si cumple con los siguientes criterios:

- Tiene entre 21 y 34 años y no puede quedar embarazada después de 12 meses de relaciones sexuales regulares sin protección
- Tiene entre 35 y 44 años y no puede quedar embarazada después de 6 meses de relaciones sexuales regulares sin protección

Para obtener más información sobre estos servicios, llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711**.

Atención de maternidad

- Atención durante el embarazo
- Servicios de hospitales y médicos/parteras
- Atención de enfermería para recién nacidos
- Revisión para la depresión durante el embarazo y hasta por un año después del parto

Atención médica domiciliaria

- Debe ser médicamente necesaria y requiere autorización previa de UnitedHealthcare Community Plan
- Una visita domiciliaria médicamente necesaria después del parto, visitas adicionales según sea médicamente necesario para las mujeres en riesgo
- Al menos, 2 visitas a bebés de alto riesgo (recién nacidos)
- Otras visitas de atención médica a domicilio según lo necesite y solicite su PCP/especialista

Atención personal/Auxiliar del hogar/Ayuda personal auto-dirigida (CDPAS)

- Debe ser médicamente necesario y solicitado por United Healthcare Community Plan
- **Atención personal/Auxiliar del hogar** – Brindar asistencia total o parcial con la higiene personal, para vestirse y comer, y ayudar en la preparación de las comidas y el cuidado de las instalaciones.
- **CDPAS** – Brindar asistencia total o parcial con la higiene personal, para vestirse y comer, y ayudar en la preparación de las comidas y el cuidado de las instalaciones, además de tareas de asistente de cuidados médicos y enfermería. Este es un asistente que usted elija y dirija.
- Si quiere más información, llame al número gratuito de Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**

Sistema de respuesta de emergencia personal (PERS)

- Este es un dispositivo que usted lleva en su persona en caso de tener una emergencia
- Para calificar y recibir este servicio, debe recibir atención personal o servicios de auxiliar del hogar o servicios de CDPAS

Servicios de cuidados de salud para adultos durante el día

- Deben recomendarse por su Proveedor de Atención Primaria (PCP)
- Provee algo o todo de lo siguiente: educación acerca de la salud, nutrición, servicios sociales y de enfermería, asistencia para las actividades de la vida diaria, terapia de rehabilitación, servicios de farmacia así como referencias a servicios dentales y cuidados de especialidades

Servicios de cuidados para la salud durante el día para adultos con SIDA

- Deben recomendarse por su Proveedor de Atención Primaria (PCP)
- Provee cuidados médicos generales y de enfermería, servicios de ayuda para el abuso de sustancias, servicios de ayuda para la salud mental, servicios acerca de la nutrición, así como actividades estructuradas de socialización, recreación y del bienestar para promover la salud

Terapia para la tuberculosis

- Esto es una ayuda para tomar sus medicamentos para la TB y darle seguimiento a los cuidados de salud

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Servicios del Programa Nacional de Prevención de la Diabetes (NDPP)

Si usted está en riesgo de desarrollar diabetes tipo 2, UnitedHealthcare Community Plan cubre los servicios que le pueden ayudar.

UnitedHealthcare Community Plan cubre los servicios de prevención de la diabetes a través del Programa Nacional de Prevención de la Diabetes (NDPP). Este beneficio cubre 22 sesiones de grupo en un programa de capacitación durante el transcurso de 12 meses.

El **Programa Nacional de Prevención de la Diabetes** es un programa educativo y de apoyo diseñado para ayudar a las personas en riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. El programa consiste en sesiones de entrenamiento de grupo que se enfocan en los efectos positivos a largo plazo de la alimentación saludable y el ejercicio. Los objetivos de estos cambios en el estilo de vida incluyen una modesta pérdida de peso y una mayor actividad física. Las sesiones de NDPP se enseñan con un entrenador capacitado en estilos de vida.

Elegibilidad:

Usted puede ser elegible para los servicios de prevención de la diabetes si tiene una recomendación de un doctor o de otro profesional autorizado y usted:

- Tiene al menos de 18 años de edad,
- No está embarazada en este momento,
- Tiene un sobrepeso, y
- No ha sido diagnosticado(a) previamente con diabetes tipo 1 o tipo 2.

Y, si usted llena al menos uno de los siguientes criterios:

- Ha tenido un resultado de análisis de sangre en el rango de prediabetes durante el último año, o
- Le han diagnosticado previamente diabetes gestacional, o
- Obtuvo un puntaje de 5 o más en la prueba de riesgo de prediabetes de los CDC/Asociación Americana de Diabetes (ADA).

Hable con su doctor para conocer si usted califica para participar en el NDPP. Para obtener más información acerca de estos servicios, llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711**.

Beneficios de hospicio

El hospicio ayuda a los pacientes y a sus familias con las necesidades especiales que se presentan durante las etapas finales de la enfermedad y después de la muerte.

- Deben ser médicamente necesarias y ser ordenadas por UnitedHealthcare Community Plan
- Brindan los servicios de ayuda y algunos servicios médicos para los pacientes que están enfermos y que no se espera que vivan más de un año
- Usted puede obtener esos servicios en su hogar, en el hospital o en una casa de asistencia

Niños menores de 21 años (21) quienes reciban servicios de hospicio, servicios curativos médicamente necesarios están cubiertos además de cuidados paliativos.

Si usted tiene cualquier pregunta acerca de estos beneficios, puede llamar a Servicios para Miembros sin costo para usted al **1-800-493-4647**.

Atención dental

UnitedHealthcare cubre servicios dentales en todos los condados a los que damos servicio. UnitedHealthcare Community Plan considera que ofrecerle una buena atención dental es importante para su atención a la salud en general. Ofrecemos atención dental a través de contactos con dentistas individuales y prácticas grupales, expertos en proporcionar servicios odontológicos de alta calidad. Los servicios cubiertos incluyen servicios dentales de rutina y regulares, como chequeos dentales preventivos, limpiezas, radiografías, empastes y otros servicios para controlar cualquier cambio o anomalía que requiera tratamiento y/o atención de seguimiento. **¡No necesita una referencia de su PCP para ir al dentista!**

Cómo acceder a servicios dentales

No necesita seleccionar un dentista de atención primaria como parte de UnitedHealthcare Community Plan. Usted puede elegir cualquiera de los dentistas participantes (parte de la red de UnitedHealthcare Community Plan) seleccionando un dentista del directorio de proveedores o puede llamar a Servicios para Miembros para ayuda al **1-800-493-4647**. Por favor presente su tarjeta de identificación como miembro de UnitedHealthcare Community Plan cada vez que reciba servicios dentales.

Para tener acceso a los beneficios dentales muestre su tarjeta de identificación como miembro de UnitedHealthcare Community Plan. Usted no recibirá una tarjeta de identificación para servicios dentales por separado. Cuando usted visite a su dentista, usted debe mostrar su tarjeta de identificación como miembro de UnitedHealthcare Community Plan.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

También puede dirigirse a una clínica dental administrada por un centro dental académico sin una referencia. Por favor llame a Servicios para Miembros al número gratuito **1-800-493-4647** para conocer las ubicaciones de los centros dentales académicos.

Si usted necesita encontrar a un dentista o cambiar de dentista, visite nuestro sitio web myuhc.com/CommunityPlan o llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**. Los representantes del Servicios para Miembros están para servirle. Muchos de ellos hablan en su idioma o tienen un contrato con los Servicios de la Línea de Leguajes.

Implantes dentales

Es posible que pueda obtener implantes dentales como parte de su beneficio de atención administrada de Medicaid. UnitedHealthcare Community Plan cubrirá los implantes dentales cuando su médico y su dentista estén de acuerdo en que son necesarios.

UnitedHealthcare Community Plan cubrirá los implantes dentales cuando:

- Su médico dice que necesita implantes dentales para aliviar su problema médico; y
- Su dentista dice que los implantes dentales son lo único que solucionará su problema dental.

Cuidados de ortodoncia

El UnitedHealthcare Community Plan cubrirá frenos dentales para niños hasta la edad de 21 años que tengan problemas severos con sus dientes, tales como: inhabilidad para masticar alimentos debido a severo desalineamiento de los dientes, paladar hendido o labio leporino.

Atención de la vista

- Servicios de un oftalmólogo, proveedor oftalmológico y optometrista, y cobertura para lentes de contacto, lentes de policarbonato, ojos artificiales y/o reemplazo de anteojos en caso de pérdida o ruptura, incluso reparaciones, cuando sea médicamente necesario. Los ojos artificiales se cubren según pedido de un proveedor del plan.
- Exámenes de los ojos, generalmente cada dos años, a menos que médicamente se necesite con mayor frecuencia
- Anteojos (nuevo par de marcos aprobado por Medicaid cada dos años o con mayor frecuencia, si es médicamente necesario)
- Examen de escasa visión y aparatos para la visión solicitados por su médico
- Especialista para enfermedades o defectos de la visión

Farmacia

- Medicamentos recetados
- Medicamentos de venta libre
- Insulina y suministros diabéticos
- Agentes para dejar de fumar, incluso productos de venta libre
- Pilas para aparatos de audición
- Fórmula Enteral y suplementos nutricionales
- Anticonceptivos de emergencia (6 por año calendario)
- Suministros médicos y quirúrgicos

Algunas personas deben abonar un copago de farmacia para algunos medicamentos y artículos de farmacia. No hay copagos para los siguientes miembros o servicios:

- Consumidores menores de 21 años de edad
- Mujeres embarazadas. Las mujeres embarazadas quedan excluidas durante el embarazo y durante los dos meses posteriores al mes en el que finaliza su embarazo.
- Consumidores en un Programa de exención de Servicios basados en el hogar y la comunidad (Home and Community Based Services, HCBS) de la Oficina de Salud Mental (Office of Mental Health, OMH) u Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (Office for People with Developmental Disabilities, OPWDD)
- Consumidores en un Programa de exención de HCBS del Departamento de Salud (Department of Health, DOH) para personas con lesiones cerebrales traumáticas (Traumatic Brain Injury, TBI)
- Suministros y medicamentos para la planificación familiar, como las pastillas para el control de la natalidad y los condones para hombre o mujer
- Fármacos para tratar enfermedades mentales (psicotrópicos) , trastornos por el uso de sustancias y tuberculosis

Artículo de la receta	Copago	Detalles del copago
Medicamentos recetados de marca	\$3.00/\$1.00	Consulte la Lista de medicamentos preferidos
Medicamentos recetados de marca preferida	\$1.00	Consulte la Lista de medicamentos preferidos
Medicamentos de venta libre	\$0.50	Consulte la Lista de medicamentos preferidos

¿Tiene preguntas? Llame a Servicios para Miembros **1-800-493-4647**, TTY 711 37
(Para crisis de salud mental/uso de sustancias, oprima 8)

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

- Hay un copago por cada nueva receta y por su renovación
- Si usted tiene que pagar un copago, es responsable por un máximo de \$50 cada trimestre del año

El copago máximo se ajusta cada trimestre, independientemente de la cantidad que usted haya pagado en el último trimestre. Los cuatros trimestres son:

- Primer trimestre: 1 de enero – 31 de marzo
- Segundo trimestre: 1 de abril – 30 de junio
- Tercer trimestre: 1 de julio – 30 de septiembre
- Cuarto trimestre: 1 de octubre – 31 de diciembre

Si usted no puede pagar el copago solicitado, debe informar al proveedor. El proveedor no puede negarse a brindarle servicios o bienes porque usted no puede pagar el copago. (Los copagos que no se han pagado son una deuda que se le debe al proveedor).

Para obtener más información acerca de estos servicios, llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711**.

- Si usted cambia de planes durante el período de un año, guarde sus recibos que comprueban el pago de copagos o pida copias de los comprobantes de esos copagos a la farmacia. Usted necesitará darle al nuevo plan estas copias.
- Ciertos medicamentos pueden requerir que su doctor nos solicite por una previa autorización antes de darle una receta. Su doctor puede trabajar con UnitedHealthcare Community Plan para asegurar que usted obtiene los medicamentos que necesita. Conozca más acerca de las previas autorizaciones más adelante en este manual.

Beneficio de suministro para 90 días

Su plan ahora cubre suministros para 90 días de medicamentos seleccionados en la farmacia minorista. Con un suministro para 90 días, no necesitará renovarlo todos los meses.

Si desea participar en este beneficio:

- Hable con su médico para ver si sus medicamentos califican para este beneficio. Su médico puede escribirle una nueva receta para un suministro de 90 días del mismo medicamento que está tomando ahora.
- Hable con su farmacéutico. Su farmacéutico puede llamar a su médico para obtener una nueva receta para un suministro de 90 días.

Para obtener una lista completa de los medicamentos incluidos en este beneficio, visite myuhc.com/CommunityPlan o llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711**.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Cómo obtener un medicamento recetado

Lleve la receta de su medicamento y su tarjeta de identificación como miembro de UnitedHealthcare Community Plan a cualquier farmacia participante. Las farmacias participantes están anotadas en el Directorio de proveedores en internet en myuhc.com/CommunityPlan, o para obtener asistencia, puede llamar a Servicios para Miembros sin costo para usted al **1-800-493-4647**. Si usted no acude a una de las farmacias participantes, usted tendrá que pagar por los medicamentos.

Hay un copago por cada nueva receta y por cada resurtido de medicamento. Si se requiere que usted pague por un copago, usted es responsable por cantidad máxima de \$50 por trimestre del año. Si usted transfiere planes durante ese año, guarde sus recibos como comprobantes de haber efectuado los copagos o puede solicitar un comprobante del pago de sus copagos de la farmacia. Usted necesitará darle una copia a su nuevo plan.

Usted tiene la opción de escoger el sitio en que quiere que le surtan sus medicamentos prescritos. Usted puede conocer los nombres de las farmacias participantes, consultando el Directorio de proveedores o visitando en internet myuhc.com/CommunityPlan, o usted puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**.

Todos los medicamentos que se encuentran en nuestra Lista de Medicamentos Preferidos (Preferred Drug List – PDL) tendrán cobertura cuando sean medicamento necesarios. Usted debe haber recibido la Lista de Medicamentos Preferidos con su paquete de bienvenida, o puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647** para solicitar una copia.

Autorización previa

Para ciertos medicamentos puede ser necesario que su doctor obtenga de nosotros previa autorización antes de escribir una receta. Esto quiere decir que la prescripción debe aprobarse antes de que usted se presente en la farmacia para obtener el medicamento. Cuando los medicamentos requieren de previa autorización, su doctor debe contactar a nuestro Departamento de Farmacia. Ellos revisarán la solicitud del doctor y usted y el doctor serán informados de nuestra decisión acerca de su solicitud. Si el medicamento que le han recetado necesita de previa autorización y su doctor no obtiene la autorización, usted no podrá obtener este medicamento. Su doctor necesita llamar a nuestro **Departamento de Farmacia** al **1-800-310-6826** para solicitar la previa autorización. **Es posible que su farmacéutico pueda darle 3 días como suministro de emergencia**, hasta que su solicitud sea procesada. Si su solicitud por el medicamento no se aprueba, le informaremos como puede usted presentar una apelación.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Tratamiento escalonado

Algunos fármacos de la Lista de Medicamentos Preferidos exigen que se usen primero otros medicamentos. Esto se llama tratamiento escalonado. Los medicamentos del tratamiento escalonado se cubren si primero se probó el medicamento(s) exigido. Si no se ha probado el medicamento exigido, su médico debe obtener una autorización previa. Le pediremos a su médico que nos explique por qué usted no puede usar primero el medicamento exigido. Si no aprobamos la solicitud, le informaremos cómo puede apelar.

Fármacos de marca en lugar de sus equivalentes genéricos

UnitedHealthcare Community Plan exige que se usen medicamentos genéricos cuando estén disponibles. Los fármacos genéricos tienen los mismos principios activos que los de marca. Los medicamentos genéricos son tan seguros y eficaces como los de marca. Si su médico considera que usted necesita un medicamento de marca en lugar de uno genérico, este debe obtener **una autorización previa llamando al 1-800-310-6826**. Le pediremos de su doctor información que explique por qué usted no puede usar el medicamento genérico. Si no aprobamos la solicitud, le informaremos cómo puede apelar.

Medicamentos especiales

Un medicamento de farmacia especial es típicamente un medicamento de precio alto (que sea oral o inyectable) el cual se emplea en el tratamiento de enfermedades poco comunes, complejas o crónicas. (Esto incluye, por ejemplo, medicamentos para la artritis reumatoide, hormonas para el crecimiento y medicamentos orales para el cáncer.) Estos medicamentos usualmente necesitan de supervisión frecuente (para estar seguro que están trabajando y para evitar efectos secundarios) y los pacientes que los reciben pueden necesitar de apoyo extra o ayuda en la administración de su tratamiento. Los medicamentos especiales requieren de previa autorización. Una vez que son aprobados, la farmacia de especialidades llama al miembro para hacer los arreglos del envío. La farmacia llamará al miembro antes de la fecha en que debe surtirse el medicamento de nuevo. Si se prefiere, los miembros pueden obtener sus medicamentos especiales a través de su farmacia local que sea parte de la red. Si usted requiere de asistencia, por favor llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**.

Medicamentos que no se encuentran en la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL) de UnitedHealthcare Community Plan

Si su medicamento recetado no está incluido en nuestra PDL, el médico debe obtener una autorización previa. Si su médico no cumple este requisito, usted no podrá obtener el medicamento. Su paquete de bienvenida incluyó una lista de medicamentos de la PDL, además se encuentra disponible en myuhc.com/CommunityPlan. O llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**. Si el médico opta por no usar un medicamento incluido en la PDL, debe obtener una autorización previa del Departamento de Farmacia. La revisión demora 24 horas. Se les informará a usted y a su médico el resultado (la decisión). Si no aprobamos la solicitud, le informaremos cómo apelar.

40 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros **1-800-493-4647**, TTY 711
(Para crisis de salud mental/uso de sustancias, oprima 8)

Los siguientes productos se encuentran cubiertos:

- Fármacos de venta con receta (fármacos para los cuales, según exige la ley federal, se necesita una receta)
- Compuestos para los que se usa un fármaco de venta con receta
- Agentes desechables para pruebas de glucosa en sangre o en orina
- Agujas o jeringas desechables para aplicación de insulina
- Hormonas de crecimiento
- Insulina
- Bisturís
- Anticonceptivos de venta bajo receta (recetados)
- Suplementos con flúor
- Vitaminas y minerales
- Vitaminas prenatales de venta bajo receta (recetadas)

Los siguientes productos no se encuentran cubiertos:

- Esteroides anabólicos
- Anorexígenos (fármacos que se usan para bajar de peso)
- Agentes antiarrugas
- Suplementos dietarios
- Fármacos para tratar la infertilidad
- Determinadas vitaminas y productos minerales recetados
- Fármacos contra la calvicie
- Determinados fármacos de venta sin receta (de venta libre)
- Agentes pigmentantes
- Fármacos con fines estéticos
- Fármacos que la Administración de Drogas y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) ha designado como de dudosa eficacia de conformidad con el estudio de eficacia de fármacos. O fármacos elaborados por firmas que no tienen acuerdos de descuento con el gobierno de conformidad con la Ley Ómnibus de Conciliación de Presupuesto (Omnibus Budget Reconciliation Act) de 1990.

Su doctor puede trabajar con UnitedHealthcare para asegurar que usted obtiene los medicamentos que necesita. Conozca más acerca de la previa autorización más adelante en este manual.

Atención hospitalaria

- Atención para pacientes hospitalizados
- Atención para pacientes ambulatorios
- Laboratorios, radiografías y otras pruebas

Atención de emergencia

- Los servicios de atención de emergencia son procedimientos, tratamientos o servicios necesarios para evaluar o estabilizar una emergencia
- Después de recibir atención de emergencia, puede ser necesario que reciba otra atención para asegurarse de permanecer en una condición estable. Según la necesidad, podría ser tratado en la sala de emergencias, en un cuarto de hospital para pacientes hospitalizados o en otra área. Esto se denomina **Servicios Posteriores a la Estabilización**.
- Para obtener más información sobre los servicios de emergencia, consulte la página 26

Cuidados de salud especiales

Incluyen los servicios de otros proveedores, incluyendo:

- Terapistas ocupacionales, físicos y del habla — Limitado a veinte (20) visitas para terapia ocupacional y del habla y cuarenta (40) visitas para terapia física por año, excepto en niños menores de 21 años, o si se ha determinado por la Oficina para Personas con Discapacidades en el Desarrollo que se trata de personas con discapacitación en el desarrollo o si usted tiene una lesión traumática del cerebro. Se requiere autorización previa para estos servicios de terapia para determinar si el sitio de atención es médicamente necesario.
- Audiólogos
- Parteras
- Rehabilitación cardíaca
- Podólogos, si usted es diabético
- Psiquiatras
- Psicólogos
- Trabajadores sociales certificados
- Psicoterapeutas

Atención en centros de atención para la salud residenciales (casas de reposo)

- Incluye estadías a corto plazo o de rehabilitación y a largo plazo
- Debe ser ordenado por un doctor y autorizado por UnitedHealthcare Community Plan
- Los servicios médicos cubiertos para las casas de reposo con servicios de enfermería incluyen supervisión médica, cuidados de enfermería las 24 horas, asistencias con las tareas de la vida diaria, terapia física, terapia ocupacional, patología del habla y lenguaje

Si usted tiene la necesidad de una estadía a largo plazo en una casa de reposo, su departamento local de servicios sociales debe determinar si llena ciertos requisitos de ingresos de acuerdo a Medicaid. UnitedHealthcare Community Plan y la casa de reposo pueden ayudarle con su solicitud.

Usted debe obtener estos cuidados de una casa de reposo con servicios de enfermería que se encuentre dentro de la red de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan. Si usted escoge una casa de reposo por fuera de la red de UnitedHealthcare Community Plan, usted tendrá que trasladarse a otro plan de salud. Llame a New York Medicaid Choice al **1-800-505-5678** para obtener ayuda con sus preguntas acerca de los proveedores de casas de reposo y de las redes de los planes.

Llame al **1-800-493-4647**, TTY **711**, para encontrar una casa de reposo dentro de nuestra red.

Rehabilitación

UnitedHealthcare Community Plan cubre períodos de corta duración o estadías de rehabilitación en un establecimiento como una casa con servicios de enfermería especializada.

Ubicación a largo plazo

El UnitedHealthcare Community Plan cubre la ubicación a largo plazo en casa de reposo con servicios de enfermería para miembros mayores de 21 años.

La ubicación a largo plazo significa que usted vivirá en una casa de reposo con servicios de enfermería especializados.

Los veteranos que sean elegibles, las esposas de veteranos elegibles, los padres de veteranos elegibles Gold Star pueden escoger ubicarse en una casa de reposo para veteranos.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Los servicios de enfermería en el hogar cubiertos incluyen:

- Supervisión médica
- Cuidados de enfermería las 24 horas del día
- Asistencia con las necesidades de la vida diaria
- Terapia física
- Terapia ocupacional
- Servicios para la patología del habla/lenguaje y otros servicios

Para obtener esos servicios de enfermería en el hogar:

- Los servicios deben ser ordenados por su doctor, y
- Estos servicios deben ser autorizados por UnitedHealthcare Community Plan.

Usted también debe ser financieramente elegible para recibir los servicios de enfermería a largo plazo por el Departamento de Servicios Sociales de su condado para que Medicaid y/o UnitedHealthcare Community Plan pague por estos servicios.

Cuando usted es elegible para la ubicación a largo plazo, usted debe seleccionar una de las casas de reposo que se encuentra dentro de la red de UnitedHealthcare Community Plan.

Si usted desea vivir en una casa de reposo que no es parte de la red de UnitedHealthcare Community Plan, usted puede transferirse a otro plan que trabaje con la casa de reposo en la cual usted ha decidido recibir sus cuidados de salud.

UnitedHealthcare Community Plan no tiene dentro de su red una casa para veteranos. Si usted es un veterano elegible, una esposa de veterano elegible, o alguno de los padres de un veterano elegible Gold Star y usted desea vivir en una casa para veteranos, puede transferirse a otro plan de atención administrada de Medicaid, el cual tenga dentro de su red una casa para veteranos.

Si usted tiene cualquier pregunta acerca de estos beneficios, llame al Departamento de Servicios para Miembros gratuitamente de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. al **1-800-493-4647**, TTY **711**.

Equipo Médico Durable (DME)

El Equipo Médico Durable, incluyendo los servicios abajo anotados, está disponible a través de cualquier proveedor DME participante. Los proveedores DME participantes están anotados en el Directorio de Proveedores o usted puede encontrar a un proveedor llamando a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647** para conocer el número de teléfono y dirección del proveedor más cercano a usted. Los artículos abajo anotados no pueden obtenerse a través de una farmacia participante; estos artículos pueden obtenerse solamente a través de un proveedor DME participante. Algunos de los Equipos Médicos Durables (DME) que cuesten más de \$500 requerirán de autorización previa. Por favor llame al 1-866-604-3267 para conocer si su DME requiere una autorización.

- Aparatos de audición
- Prótesis
- Equipo órtesico

Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla

Para terapia física, ocupacional y del habla, se requerirá que su médico de atención primaria obtenga una Autorización previa para estos servicios de terapia para determinar si el sitio de atención es médicamente necesario. Las revisiones del sitio de atención se llevarán a cabo solo si el servicio se realizará en un hospital ambulatorio. UnitedHealthcare Community Plan cubre las visitas de PT, OT y ST médicamente necesarias ordenadas por un doctor u otro profesional autorizado.

Para obtener más información acerca de estos servicios, llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY 711.

Cuidados de los pies

Se incluyen los cuidados a los pies de rutina que sean provistos por un proveedor calificado cuando la condición física de cualquier suscriptor (de cualquier edad) pueda estar en peligro por la presencia de una enfermedad localizada, por una lesión o síntoma relacionado con los pies o cuando se le dé tratamiento como una parte integral a cualquier otro servicio que tenga cobertura, tal y como por ejemplo en el caso de diagnóstico y tratamiento de la diabetes, úlceras e infecciones.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Los servicios que sean provistos por un podólogo a personas menores de veintiún (21) años están cubiertos cuando son referidos por un doctor, un asistente de doctor certificado, una enfermera practicante certificada o una partera con licencia.

- Los servicios provistos para adultos que padecen de diabetes mellitus por un podólogo están cubiertos
- Los miembros pueden consultar con un podólogo para todos los cuidados de los pies que son médicamente necesarios
- Servicios para los cuidados de rutina de los pies por un podiatra o doctor (por ejemplo: recorte de callos, callosidades, recorte de uñas, limpieza y remojo de pies) no se consideran médicamente necesarios y no están cubiertos para miembros en ausencia de una condición patológica por un podólogo

Telehealth (Telemedicina)

El plan de Cuidados Administrados de Medicaid (Medicaid Managed Care) de UnitedHealthcare Community Plan cubre los servicios de Telehealth. Conocidos también como Telemedicina. Eso significa que se emplea tecnología electrónica para la comunicación. Se emplea cuando usted y su proveedor no se encuentran en el mismo lugar.

Telehealth (telemedicina) puede consistir en lo siguiente:

- Una teleconferencia en vivo entre usted y su proveedor
- El envío de su información por parte de su doctor a otro proveedor
- El monitoreo a distancia de su presión sanguínea y de otros signos vitales

Los servicios de Telehealth (telemedicina) pueden existir en una clínica, centro médico o en un centro de salud mental. También puede emplearse desde su hogar si usted tiene el equipo de monitoreo. Estos servicios deben llenar ciertos requisitos del plan.

Reasignación del sexo

El plan de Cuidados Administrados de Medicaid (Medicaid Managed Care) de UnitedHealthcare Community Plan cubre ahora los cuidados durante el cambio de sexo de aquellas personas que han sido diagnosticadas con una disforia del sexo. Esto es cuando una persona se encuentra en una condición aguda de estrés debido al sexo con que han nacido. Estas personas no se identifican con el sexo que tienen. Esto puede dar como resultado un deseo de ser tratados como personas del sexo opuesto. Puede significar que desean perder las características sexuales que tienen. Pueden presentar también las emociones típicas del sexo opuesto con el cuál nacieron.

Basándose en las metas para adquirir el sexo deseado, los cuidados para el paciente pueden incluir:

- Asesoría
- Terapia hormonal (Esto se cubre para miembros de 18 años o mayores.)
- Cirugía para la reasignación del sexo (Esto se cubre para miembros de 18 años o mayores si la cirugía da como resultado la esterilidad.)

Los tratamientos hormonales que sean necesarios y/o GRS pueden cubrirse para personas que tengan 18 o más años. No se hará ningún pago por cualquier procedimiento que sea llevado a cabo con la única razón de mejorar la apariencia del miembro, a menos de que se presente una justificación de ser una necesidad médica y que sea previamente autorizado.

Factor de coagulación sanguínea

UnitedHealthcare Community Plan Medicaid Managed Care cubre los productos de factor de coagulación sanguínea y otros tratamientos y servicios proporcionados en relación con los cuidados de la hemofilia y otras deficiencias de proteína de coagulación sanguínea para pacientes hospitalizados y ambulatorios. Pagaremos los productos y servicios de factor de coagulación sanguínea médicamente necesarios cuando la infusión se realice en un establecimiento ambulatorio o en el hogar. Cubriremos los servicios de factor de coagulación sanguínea durante una estadía en el hospital.

Cobertura para repelentes para mosquitos

UnitedHealthcare Community Plan proveerá algunas coberturas por repelente para mosquitos. Debe prescribirse para un miembro que vaya de viaje o retorne de un área en donde hay transmisión de Zika. Estas áreas están anotadas por el Centro de Control de las Enfermedades (Centers for Disease Control – CDC) en: <https://wwwnc.cdc.gov/travel/page/zika-information>.

Para obtener una lista completa de los productos que tienen cobertura, por favor acuda a <https://www.uhccommunityplan.com/ny/medicaid/medicaid-uhc-community-plan/lookup-tools#collapse-1551303021>. Un límite de 2 latas de aerosol al mes se aplicará a todos estos productos.

Zika es una enfermedad seria. Para detener el contagio del virus de Zika, UnitedHealthcare pagará repelente hasta que el CDC declare que Zika ya no es un riesgo.

Administración del Caso

UnitedHealthcare tiene un programa especial de administración del caso que ha sido diseñado para dar asistencia a los miembros que presentan condiciones médicas de carácter serio y complejo, incluyendo:

- HIV/SIDA
- Falla renal
- Hipertensión — alta presión sanguínea
- Enfisema pulmonar (COPD)
- Diabetes
- Asma
- Anemia falciforme (Sickle Cell Anemia)
- Insuficiencia cardíaca
- Enfermedades cardíacas
- Hemofilia
- Cáncer
- Embarazos de alto riesgo

Si usted desea obtener más información acerca de cómo pueden ayudarle estos programas, llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711**, y pida hablar con alguna persona en el Departamento de Administración de Casos (Case Management Department).

Los programas para la Administración de Caso, típicamente se encuentran disponibles para los miembros que necesitan ayuda con la administración de enfermedades crónicas. Si usted está interesado en inscribirse al programa de Administración de Caso, UnitedHealthcare Community Plan conducirá una evaluación para determinar si es elegible para el programa Administración de Caso. Los servicios para la administración de casos se proveen mientras sean médicamente necesarios o hasta que su condición médica pueda ser auto-manejada.

Administración de los cuidados de la salud en el hogar (Health Home Care Management)

UnitedHealthcare Community Plan quiere satisfacer todas sus necesidades de salud. Si tiene múltiples problemas de salud, usted puede beneficiarse con el programa de la Administración de los Cuidados de la Salud en el Hogar (Health Home Care Management). La administración de los cuidados de la salud en el hogar puede ayudarle a coordinar todos sus servicios de salud. El objetivo del programa Cuidados de Salud en el Hogar es para asegurar que sus miembros reciben los cuidados y servicios que necesitan. Esto puede significar menos viajes a la sala de emergencias o menos tiempo en los hospitales y que se reciban los cuidados y servicios regulares de doctores y proveedores, así como para encontrar un lugar seguro para vivir y para encontrar una manera de obtener las citas médicas.

Un administrador de los cuidados de salud en el hogar puede:

- Trabajar con su PCP y otros proveedores para coordinar todos sus cuidados médicos;
- Trabajar con las personas en las que usted confía, como son los miembros de su familia o amigos, para ayudarle a planificar y a obtener sus cuidados;
- Ayudarle a concertar las citas con su PCP y con otros proveedores; y
- Ayudarle a controlar los problemas médicos que padece actualmente, como la diabetes, el asma y la presión arterial alta.

Para obtener más información acerca de Health Homes, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**. Para ser elegible para los servicios de la Salud en el Hogar (Health Home), la persona debe estar inscrita en Medicaid y debe tener:

- Dos o más afecciones crónicas (por ejemplo, trastornos por el uso de sustancias, asma, diabetes*), o
- Una sola condición crónica que califique: VIH/SIDA, o
- Una enfermedad mental grave (SMI) (adultos), o
- Una alteración emocional grave (SED) o traumatismo complejo (niños).

Si una persona tiene VIH o SMI, no es necesario que se determine que está en riesgo de tener otra afección para ser elegible para los servicios de Salud en el Hogar (Health Home). Los trastornos por el uso de sustancias (SUDS) se consideran condiciones crónicas y no califican, por sí solas, a una persona para poder recibir los servicios de Salud en el Hogar (Health Home). Las personas con SUDS deben tener otra condición crónica para poder calificar. Los criterios de la condición crónica NO son específicos para la población (por ejemplo, estar en un hogar de acogida, ser menor de 21 años, encontrarse dentro del sistema de la corte de justicia para menores, etc.), y no hace que un

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

niño sea elegible automáticamente para Salud en el Hogar (Health Home). Además, el miembro de Medicaid debe ser apropiado para recibir el nivel intensivo de servicios de administración de los cuidados de salud brindados por Salud en el Hogar (Health Home), es decir, que pueda satisfacer los criterios adecuados.

Revisión de utilización

UnitedHealthcare Community Plan no quiere que usted reciba muy poca atención o cuidados que no necesita. También debemos asegurarnos de que la atención que reciba sea un beneficio cubierto. El proceso para hacer esto se llama revisión de utilización (UM). No recompensamos a los proveedores por negar la cobertura. No ofrecemos incentivos para las decisiones de UM.

También hay algunos servicios que debemos revisar antes de que se brinden. Sus proveedores saben cuáles son. Ellos se encargan de avisarnos para revisarlos. La revisión que hacemos se llama Revisión de Utilización.

Solo médicos y farmacéuticos hacen una UM. No recompensamos a nadie por negar la atención necesaria. Si tiene preguntas sobre la UM, llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711**. Ayuda con el idioma está disponible.

Planificación familiar

Puede asistir a cualquier médico o clínica que acepte Medicaid y ofrezca los servicios de planificación familiar. También puede visitar uno de nuestros proveedores de planificación familiar. Cualquiera que sea la opción, no necesita una referencia.

Usted puede obtener medicamentos para el control de la natalidad, dispositivos para el control de la reproducción (IUDs y diafragmas) que se encuentran disponibles con una receta médica, además, están disponibles con una receta médica métodos para los contraceptivos de emergencia, esterilización, pruebas de embarazo, cuidados prenatales y servicios para el aborto. Usted también puede consultar con un proveedor de planificación familiar para las pruebas de VIH y de infecciones sexualmente transmitidas (ETS) y para el tratamiento y asesoramiento relacionado a los resultados de estas pruebas. Los exámenes para el cáncer y otras condiciones relacionadas también se incluyen en las consultas de las planificaciones familiares.

Pruebas para VIH y ETS

Usted puede obtener este servicio periódicamente de parte de su PCP o de los doctores de UnitedHealthcare Community Plan. Cuando usted obtiene este servicio como parte de una consulta acerca de la planificación familiar, usted puede acudir a cualquier clínica que acepte Medicaid y que ofrezca servicios de planificación familiar. Usted no necesita que lo refieran a este servicio cuando es parte de una consulta de planificación familiar.

Todas las personas deben hablar con su doctor acerca de las pruebas para VIH en inglés HIV). Para tener acceso a una prueba gratuita de VIH o una prueba anónima, llame al 1-800-541-AIDS (inglés) o al 1-800-233-SIDA (español).

Diagnóstico de tuberculosis y tratamiento

Tiene la opción de ir a su PCP o a la agencia de salud pública del condado para diagnóstico y/o tratamiento. No necesita una referencia para ir a la agencia de salud pública del condado.

Transporte

Transporte de emergencia

Si usted necesita transporte de emergencia, llame al 911.

Transporte que no sea de emergencia

El transporte médico que no sea de emergencia estará cubierto por Medicaid regular. Para obtener transporte que no sea de emergencia, usted o su proveedor deben llamar a Medical Answering Services, LLC (MAS) o LogistiCare Solutions, según el condado en el que viva. Consulte la página 56 para obtener información adicional.

Otros servicios cubiertos

- Equipo médico durable (DME)/aparatos de audición/prótesis/órtesis
- Servicios con orden judicial
- Servicios de apoyo social
- Centro de salud federalmente calificado (FQHC)
- Planificación familiar
- Servicios de podólogo para condiciones médicas necesarias

Atención médica de salud conductual

La atención médica de salud conductual incluye los servicios para trastornos por el uso de sustancias y la salud mental. Todos nuestros miembros tienen acceso a servicios de salud conductual que incluyen:

Cuidados médicos de salud mental para adultos

- Servicios psiquiátricos
- Servicios psicológicos
- Tratamiento diurno continuo (CDT)
- Tratamiento de salud mental para pacientes hospitalizados y ambulatorios
- Inyecciones para afecciones relacionadas con la salud conductual
- Hospitalización parcial
- Servicios de rehabilitación si se encuentra en un hogar comunitario o en un tratamiento familiar
- Asesoramiento individual y de grupo a través de las clínicas de la Oficina de Salud Mental (OMH)
- Servicios de intervención en crisis
- Programa integral de emergencia psiquiátrica (CPEP) que incluye una cama para observación extendida
- Tratamiento comunitario asertivo (ACT)
- Servicios personalizados orientados a la recuperación (PROS)

Apoyo residencial en crisis

Este es un programa para personas de 18 años o mayores con síntomas de angustia emocional. Estos síntomas no se pueden controlar en casa o en la comunidad sin ayuda.

Residencia intensiva de crisis

Este es un programa de tratamiento para personas mayores de 18 años o mayores que padecen de una angustia emocional grave.

Servicios para trastornos por el uso de sustancias para adultos mayores de 21 años o mayores

- Servicios de crisis
 - Administración de abstinencia administrada médicamente
 - Administración de abstinencia supervisada por un doctor (pacientes hospitalizados/ambulatorios*)
- Servicios de tratamiento para pacientes hospitalizados (hospitalarios o comunitarios)
- Servicios de tratamiento residencial
 - Estabilización en un entorno residencial
 - Rehabilitación en entorno residencial
- Servicios de tratamiento para pacientes ambulatorios
 - Tratamiento intensivo ambulatorio
 - Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios
 - * Administración de abstinencia de pacientes ambulatorios
 - Tratamiento asistido por medicamentos
- Programas de tratamiento de opioides (OTP)
 - Incluyendo mantenimiento con metadona y otras formas de tratamientos con asistencia médica

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Atención médica de salud mental para personas menores de 21 años

Todos los niños elegibles menores de 21 años:

- Programa integral de emergencia psiquiátrica (CPEP) que incluye cama de observación extendida
- Hospitalización parcial
- Servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados
- Asesoramiento individual y de grupo a través de clínicas OMH
- Servicios de apoyo y tratamiento para niños y familias (CFTSS), que incluyen:
 - Otro practicante autorizado (OLP)
 - Rehabilitación psicosocial (PSR)
 - Apoyo y tratamiento psiquiátrico comunitario (CPST)
 - Servicios de apoyo de pares familiares (FPSS)
 - Intervención en crisis
 - Apoyo y capacitación de jóvenes entre pares (YPST)
- Servicios psiquiátricos
- Servicios psicológicos
- Inyecciones para afecciones relacionadas con la salud del comportamiento

Residencia para crisis en niños

Este es un programa de apoyo y tratamiento para personas menores de 21 años. Estos servicios ayudan a las personas a afrontar una crisis emocional y regresar a su hogar y comunidad.

Niños elegibles menores de 21 años (edad mínima de 18 a 20):

- Tratamiento comunitario asertivo (ACT)
- Tratamiento diurno continuo
- Servicios personalizados orientados a la recuperación (PROS)

Atención médica para adicciones en personas menores de 21 años

- Servicios de crisis
 - Administración médica para la abstinencia
 - Administración de la abstinencia supervisada por un doctor (pacientes hospitalizados/ambulatorios**)
- Servicios de tratamiento para adicciones en pacientes hospitalizados (hospitalarios o comunitarios)

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

- Servicios residenciales para tratamiento en adicciones
 - Estabilización en un entorno residencial
 - Rehabilitación en entorno residencial
- Servicios de tratamiento para adicciones en pacientes ambulatorios
 - Tratamiento intensivo ambulatorio
 - Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios
 - **Administración de abstinencia para pacientes ambulatorios
 - Tratamiento asistido con medicamentos
- Programas para el tratamiento de opioides (OTP)

Servicios basados en el hogar y la comunidad para niños

El estado de New York cubre los servicios basados en la comunidad y el hogar para niños (HCBS) bajo la exención para niños. UnitedHealthcare Community Plan cubre HCBS para niños para los miembros que participan en la exención para niños y brinda administración de la atención para estos servicios.

Children’s HCBS ofrece servicios personales y flexibles para satisfacer las necesidades de cada niño/joven. HCBS se proporcionan donde los niños/jóvenes y las familias se sienten más cómodos y los apoya mientras trabajan para alcanzar sus metas y logros.

¿Quién es elegible para recibir HCBS para niños?

Los HCBS para niños son para niños y jóvenes que:

- Necesitan atención médica y apoyo adicionales para permanecer en casa/en la comunidad
- Tienen necesidades complejas de salud, desarrollo y/o salud conductual
- Quieren evitar ir al hospital o un centro de atención médica a largo plazo
- Son elegibles para HCBS y participan en la exención para niños

Los miembros menores de 21 años podrán obtener los siguientes servicios de su plan de salud:

- Habilitación comunitaria
- Habilitación diurna
- Apoyo y servicios para el cuidador/familia
- Capacitación y apoyo en autodefensa comunitaria
- Servicios profesionales: Debe tener 14 años o más
- Empleo con apoyo: Debe tener 14 años o más
- Servicios de relevo (relevo planificado y relevo de crisis)

¿Tiene preguntas? Llame a Servicios para Miembros **1-800-493-4647**, TTY **711** 55
(Para crisis de salud mental/uso de sustancias, oprima 8)

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

- Cuidados paliativos
- Modificaciones ambientales
- Modificaciones de vehículos
- Equipo de adaptación y asistencia

Los niños/jóvenes que participan en la exención para niños deben recibir administración de atención médica. La administración de la atención médica proporciona una persona que puede ayudarle a encontrar y obtener los servicios adecuados para usted.

- Si usted recibe la administración de la atención médica de una agencia de administración de la atención médica a domicilio (CMA), puede permanecer con su CMA. UnitedHealthcare Community Plan trabajará con su CMA para ayudarlo a obtener los servicios que necesita.
- Si usted recibe administración de la atención médica del Servicio de Evaluación de Niños y Jóvenes (C-YES), UnitedHealthcare Community Plan trabajará con C-YES y le brindará la administración de la atención médica.

Para conocer más acerca de estos servicios, llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711**.

Transporte que no sea de emergencia

Si usted vive en los condados de Albany, Broome, Bronx, Cayuga, Chautauqua, Chemung, Chenango, Clinton, Columbia, Dutchess, Erie, Essex, Fulton, Genesee, Greene, Herkimer, Jefferson, Kings (Brooklyn), Lewis, Livingston, Madison, Monroe, Nassau, New York (Manhattan), Niagara, Oneida, Onondaga, Ontario, Orange, Oswego, Queens, Rensselaer, Richmond (Staten Island), Rockland, Seneca, St. Lawrence, Suffolk, Tioga, Ulster, Warren, Wayne, Westchester, o Wyoming, usted puede obtener servicios de transporte llamando a Servicios de Respuesta Médica (Medical Answering Services), LLC (MAS) o LogistiCare Solutions.

El transporte para situaciones que no son emergencias será cubierto por Medicaid regular. Para obtener transporte que no sea de emergencia, usted o su proveedor deberán llamar a Servicios de Respuesta Médica (Medical Answering Services), LLC (MAS) o a LogistiCare Solutions dependiendo en el condado en que usted viva.

Si es posible, usted o su proveedor deben llamar al transporte regional por lo menos 3 días hábiles antes del día de la cita médica y dar el número de identificación de Medicaid (por ejemplo AB12345C), la fecha y hora de la cita, la dirección donde tiene la cita y el nombre del doctor al que visita. El transporte para condiciones que no son de emergencia incluyen: vehículo personal, autobús, taxi, ambulancia y transporte público.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Número del contacto	Condado	Proveedor del transporte
855-360-3549	Albany County	Medical Answering Service – MAS
844-666-6270	Bronx County	Medical Answering Service – MAS
855-852-3294	Broome County	Medical Answering Service – MAS
866-932-7743	Cayuga County	Medical Answering Service – MAS
855-733-9405	Chautauqua County	Medical Answering Service – MAS
855-733-9399	Chemung County	Medical Answering Service – MAS
855-733-9396	Chenango County	Medical Answering Service – MAS
866-753-4435	Clinton County	Medical Answering Service – MAS
855-360-3546	Columbia County	Medical Answering Service – MAS
845-486-3000	Dutchess County	Medical Answering Service – MAS
716-858-8000	Erie County	Medical Answering Service – MAS
866-753-4442	Essex County	Medical Answering Service – MAS
888-262-3975	Franklin County	Medical Answering Service – MAS
855-360-3550	Fulton County	Medical Answering Service – MAS
855-733-9404	Genesee County	Medical Answering Service – MAS
518-943-3200	Greene County	Medical Answering Service – MAS
866-753-4524	Herkimer County	Medical Answering Service – MAS
866-558-0757	Jefferson County	Medical Answering Service – MAS
844-666-6270	Kings County (Brooklyn)	Medical Answering Service – MAS
800-430-6681	Lewis County	Medical Answering Service – MAS

¿Tiene preguntas? Llame a Servicios para Miembros **1-800-493-4647**, TTY 711 57
(Para crisis de salud mental/uso de sustancias, oprima 8)

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Número del contacto	Condado	Proveedor del transporte
585-243-7300	Livingston County	Medical Answering Service – MAS
855-852-3286	Madison County	Medical Answering Service – MAS
866-932-7740	Monroe County	Medical Answering Service – MAS
866-666-8653	Nassau County	LogistiCare Solutions
844-666-6270	New York County	Medical Answering Service – MAS
866-753-4430	Niagara County	Medical Answering Service – MAS
855-852-3288	Oneida County	Medical Answering Service – MAS
855-852-3287	Onondaga County	Medical Answering Service – MAS
866-733-9402	Ontario County	Medical Answering Service – MAS
855-360-3543	Orange County	Medical Answering Service – MAS
866-260-2305	Orleans County	Medical Answering Service – MAS
855-733-9395	Oswego County	Medical Answering Service – MAS
844-666-6270	Queens County	Medical Answering Service – MAS
866-666-8653	Rensselaer County	Medical Answering Service – MAS
844-666-6270	Richmond County (Staten Island)	Medical Answering Service – MAS
855-360-3542	Rockland County	Medical Answering Service – MAS
855-852-3291	Schenectady County	Medical Answering Service – MAS
866-753-4437	Seneca County	Medical Answering Service – MAS
866-722-4135	St. Lawrence County	Medical Answering Service – MAS
844-678-1103	Suffolk County	LogistiCare Solutions

58 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros **1-800-493-4647**, TTY **711**
(Para crisis de salud mental/uso de sustancias, oprima 8)

Número del contacto	Condado	Proveedor del transporte
855-733-9398	Tioga County	Medical Answering Service – MAS
866-287-0983	Ulster County	Medical Answering Service – MAS
866-753-4467	Yates County	Medical Answering Service – MAS
855-360-3541	Warren County	Medical Answering Service – MAS
855-852-3295	Wayne County	Medical Answering Service – MAS
866-883-7865	Westchester County	Medical Answering Service – MAS
585-786-8900	Wyoming County	Medical Answering Service – MAS

Transporte de emergencia

La manera en que usted obtiene transporte de emergencia no cambia. Si usted tiene una emergencia y necesita una ambulancia, llame al 911.

Servicios adicionales con cobertura por UnitedHealthcare Community Plan

Discapacidades del desarrollo

- Terapias a largo plazo
- Tratamientos de un día
- Servicios de vivienda
- Coordinación de los servicios del programa Medicaid (MSC)
- Servicios de exención Medical Model (Cuidados en el hogar)

Otros servicios de Medicaid

- Programas de servicios preescolares y escolares (intervención temprana)
- Programas de Inicio Prematuro

Servicios no cubiertos

Estos servicios **no están disponibles** con UnitedHealthcare Community Plan o Medicaid. Si recibe alguno de estos servicios, es posible que tenga que pagar la factura.

- Cirugía cosmética si no es médicamente necesaria
- Artículos para su comodidad y personales
- Con excepción de emergencias médicas como se definen dentro de la Parte II en este manual, nosotros no cubrimos servicios recibidos fuera del área de servicio del plan
- Servicios de un proveedor que no es parte de UnitedHealthcare Community Plan, a menos que UnitedHealthcare haya autorizado previamente que usted vaya a ese proveedor; o si es un proveedor aprobado para que usted lo consulte en la forma en que está descrita en este manual
- Servicios por los cuales usted necesita ser referido (pre-aprobado) por adelantado y usted no lo fue

Es posible que deba pagar por cualquier servicio que su PCP o especialista no apruebe. Además, si antes de recibir un servicio, acepta ser un paciente de “pago privado” o “particular” deberá pagar por estos servicios. Esto incluye:

- Servicios no cubiertos (enumerados anteriormente)
- Servicios no autorizados
- Servicios proporcionados por proveedores que no forman parte de UnitedHealthcare Community Plan

Nota: Es la política del Departamento de Salud del Estado de New York que los beneficiarios de Medicaid reciban servicios de cirugía contra el cáncer de seno en instalaciones de alto volumen — en donde se lleven a cabo un promedio de 30 o más procedimientos para todos los pagadores de mastectomía y tumorectomía asociados con un diagnóstico de cáncer de seno por un período de tres años. Las instalaciones de bajo volumen, identificadas en el listado a continuación, no serán reembolsadas por cirugías de cáncer de seno realizadas a personas beneficiarios de Medicaid. Esta política no afecta la capacidad de una instalación para proporcionar biopsias de diagnóstico o por escisión y la atención pos-quirúrgica (quimioterapia, radiación, reconstrucción, etc.) para pacientes de Medicaid. Visite en internet: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/quality/surgery/cancer/breast/ para obtener una lista de las instalaciones QUE NO SON CUBIERTAS por Medicaid.

Si usted recibe una factura

UnitedHealthcare provee una amplia variedad de servicios para los cuidados de salud sin ningún costo para usted. Usted nunca tiene que pagar nada a su PCP o a ningún otro proveedor participante de UnitedHealthcare. Usted no debe recibir ninguna factura por cualquiera de los servicios aprobados que se ofrecen a través de UnitedHealthcare cuando usted los obtiene de un proveedor de UnitedHealthcare Community Plan. A partir del día 1º de julio de 2016, el plan de salud debe tomar aún más medidas de seguridad para evitar el riesgo accidental de divulgación de información confidencial de la salud para todos los miembros menores de edad (0–17 años de edad). Para llevar a cabo eso, el plan de salud no enviará a sus miembros notificaciones de negación de pagos de reclamaciones, incluyendo reclamaciones relacionadas a cuidados dentales y de salud conductual.

Si usted recibe una factura por un tratamiento o servicio y piensa que no debe pagarla, no lo ignore. Llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-800-493-4647** de inmediato. UnitedHealthcare Community Plan puede ayudarle a entender porque recibió esa factura. Si usted no es responsable por ese pago, UnitedHealthcare Community Plan se pondrá en contacto con el proveedor y resolverá el problema por usted.

Al plan de salud se le requiere que proteja la confidencialidad de los menores de edad (de las edad de 0–17) y por lo tanto, ya no enviará notificaciones a sus miembros acerca de la negación de pago por reclamaciones. Si usted recibe una factura por servicios para los cuidados de la salud y usted no recibió previa notificación del plan de salud, debe ponerse en contacto con Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711**, para recibir asistencia y confirmación a su derecho para presentar una Audiencia Imparcial del Estado, si no está de acuerdo con la determinación negando el pago por un servicio para los cuidados de la salud. UnitedHealthcare Community Plan continuará asegurando una pronta respuesta para usted o para la persona que usted designe para revisar su expediente (un expediente contiene la información relacionada a un servicio específico y la información revisada por UnitedHealthcare Community Plan durante el proceso para llegar a una determinación de la cobertura). UnitedHealthcare Community Plan se adhiere a los requerimientos de privacidad, requeridos por la ley y los reglamentos, de obtener una autorización apropiada antes de divulgar la información protegida acerca de la salud que puede estar incluida dentro de su expediente.

Usted tiene el derecho de solicitar una audiencia imparcial si piensa que se le está haciendo pagar por algo que Medicaid o UnitedHealthcare Community Plan deberían cubrir. Consulte la sección de Audiencias Imparciales – Fair Hearing en este manual.

Llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, si tiene cualquier pregunta.

Información para miembros de UnitedHealthcare Community Plan of New York: Servicios de emergencia y facturas inesperadas

UnitedHealthcare Community Plan (UHCCP) brinda extensos servicios de atención médicos sin costo para usted. Usted nunca tendrá que pagarle a su PCP ni a ningún otro proveedor de UHCCP por servicios que nosotros aprobamos. Si un proveedor de UHCCP le pide a usted que pague por los servicios, infórmele que está cubierto por UnitedHealthcare Community Plan. Muéstreles su tarjeta de identificación de miembro. También usted puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647** para obtener ayuda. No es necesario que usted envíe una reclamación para que nosotros paguemos sus servicios cubiertos y aprobados.

Es posible que a usted se le solicite que pague los servicios que no están cubiertos por los planes Medicaid, Child Health Plus, Managed Long Term Care o Medicaid Advantage de UHCCP. A usted no se le puede cobrar por dichos servicios a menos que usted haya aceptado a pagar antes de que se le brinde la atención.

Es posible que usted reciba lo que se llama una “factura sorpresa” o inesperada. Lo que usted necesita saber acerca de las facturas “sorpresa” es lo siguiente:

¿Qué es una factura inesperada?

Esta es una factura que usted recibe por servicios de un proveedor que está por fuera de la red cuando:

1. El proveedor por fuera de la red le brindó atención en un hospital o centro quirúrgico de la red y:
 - Un doctor de la red no estaba disponible en ese momento; o
 - Un proveedor por fuera de la red le brindó atención sin su conocimiento.
2. Un proveedor de la red lo refiere a un proveedor por fuera de la red sin su consentimiento por escrito. Si el servicio no necesitaba de una referencia, una factura sorpresa puede ocurrir solo en ciertos casos. Aquí hay dos ejemplos: Durante su visita al consultorio, un doctor de la red requiere la presencia de un proveedor fuera de la red. O el doctor envía su análisis de sangre a un laboratorio por fuera de la red sin tener su consentimiento por escrito.

Una factura inesperada no será una “factura sorpresa” cuando usted elige recibir servicios de un proveedor por fuera de la red.

¿Quién es un proveedor por fuera de la red?

Un proveedor por fuera de la red es un doctor, un proveedor o un centro de atención médica que no forma parte de la red de UHCCP.

¿Qué sucede cuando usted utiliza a un proveedor por fuera de la red sin aprobación?

No hay beneficios por fuera de la red, excepto en algunos casos. Consulte su manual para miembros para conocer las ocasiones en las que usted puede acudir a un proveedor por fuera de la red. Un centro de atención médica debe informarle si un proveedor fuera de la red estará involucrado en sus cuidados médicos. Si a usted no se le informa, usted no será responsable del pago. Una factura inesperada no será una “factura sorpresa” cuando usted elige recibir servicios de un proveedor por fuera de la red. Asegúrese de leer todos los acuerdos que obtenga acerca de la atención o la facturación de un proveedor por fuera de la red.

Si voy a un hospital de la red, ¿todos los proveedores estarán dentro de la red?

Quizás. Es posible que algunos especialistas, como los doctores de urgencias o los radiólogos, no estén en su red. Si usted obtiene una radiografía en un hospital de la red, es posible que el doctor que la intérprete no esté en la red. Usted no tiene que pagar por estos servicios. Nosotros resolveremos el pago con estos proveedores. Llame al número de Servicios para Miembros que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación si recibe una factura.

¿Cómo me aseguro de recibir atención médica de un proveedor de la red?

Pregunte si todos los servicios que usted recibe son de proveedores de la red. Si no es así, pregunte si hemos aprobado los servicios. Verifique que cualquier proveedor nuevo se encuentre en la red de UHCCP.

Para encontrar a un proveedor de la red:

- Inicie sesión en <http://www.uhc.com/find-a-physician>
- Seleccione “Buscar un doctor o institución” (Find a physician or facility); o
- Llámenos al número de teléfono que se anota en la tarjeta de identificación de su plan. Tendremos mucho gusto en ayudarle.

¿Qué pasa si tengo una emergencia?

Acuda a la sala de emergencias más cercana para recibir atención médica.

¿Cuánto tengo que pagar por las facturas inesperadas y de emergencia?

Usted no tiene que pagar por una factura inesperada. Usted no tiene que pagar el costo de los servicios de emergencia.

¿Qué debo hacer si recibo una factura sorpresa o una factura por servicios de emergencia?

Si recibe una factura sorpresa o una factura por servicios de emergencia, no la pague. Llame al número de su plan anotado en su tarjeta de identificación.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

¿Qué pasa si el proveedor no está de acuerdo con la cantidad pagada?

El proveedor debe trabajar con nosotros para liquidar la factura. Ellos pueden solicitar una revisión. Esto se hace mediante la Resolución Independiente de Disputas (IDR) de New York. El doctor puede pedirle a usted que complete un formulario de asignación de beneficios (AOB) para el IDR. Ni este formulario AOB ni ningún otro formulario para el proceso de IDR se aplica a Child Health Plus (CHP) o Medicaid. En estos casos, el plan de salud llegará a un acuerdo con el proveedor.

¿Qué es el proceso de Resolución de disputas independiente?

El estado de New York elige una entidad de Resolución de disputas independiente (IDRE) para revisar las reclamaciones en disputa. El IDRE obtiene información del proveedor y UHCCP. El IDRE determinará una tarifa por los servicios. El IDRE aceptará nuestro pago o el cargo del proveedor. Es posible que el plan de salud deba pagar algo. Pero no se le adeudará a usted por ningún pago.

Si tiene preguntas, llame al número de miembro que se anota en su tarjeta de identificación del plan.

Autorización de servicios

Autorización previa

Existen algunos tratamientos y servicios que necesitan aprobación antes de su realización o para que pueda continuar recibéndolos. Esto se conoce como **autorización previa**. Usted o alguien de su confianza puede pedirla. Su proveedor de atención médica puede solicitarla en su nombre. Los siguientes tratamientos y servicios deben estar autorizados antes de realizarlos:

- Admisiones a los centros de pacientes hospitalizados (por ejemplo: hospitales, excepto maternidad y servicios para trastornos por el uso de sustancias para pacientes hospitalizados)
- Servicios de atención médica domiciliaria
- Servicios de cuidados personales
- Algunos equipos médicos duraderos (DME) superiores a \$500
- Sillas de ruedas motorizadas sin importar su costo
- Solicitudes para oxígeno topical
- Aparatos prostéticos y ortóticos por más de \$500
- Cirugía cosmética y reconstructiva
- Evaluaciones y cirugía de bypass gástrico
- Servicios de radiología avanzados, incluso exámenes de MRI, MRA y PET

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

- Servicios dentales accidentales
- Servicios de atención médica investigativa o experimental
- Servicios fuera de la red o fuera del estado
- Solicitudes para emplear a un proveedor que no sea participante
- Lista de espera y evaluaciones para trasplantes
- Tratamientos para la disfunción de la erección, terapias para drogas, equipos médicos y/o cirugías (excluyendo medicamentos orales)
- Sustancias médicas inyectables incluyendo a IVIG, Botox, Acthar HP y Makena
- Servicio de enfermeras privado en casos de pacientes ambulantes
- Estudios del sueño para miembros de más 6 años de edad, ya sean pacientes ambulantes u hospitalizados
- Terapia hormonal para el intercambio de sexo
- Cirugía para el cambio de sexo
- Terapia Transicional Posterior al cambio de sexo

Solicitar aprobación para un tratamiento o servicio se denomina **solicitud de autorización de servicios**. Para obtener aprobación para estos tratamientos o servicios, su médico o proveedor de atención médica debe llamar al Departamento de Autorizaciones Previas de UnitedHealthcare al 1-866-604-3267, o su médico o proveedor de atención médica puede enviar una solicitud por escrito o fax al 1-866-950-4490. Las solicitudes por escrito extendidas por su médico o proveedor de atención médica se pueden enviar a:

UnitedHealthcare Community Plan of New York
P.O. Box 1037
New York, NY 10268-1037

También necesitará autorización previa si desea recibir uno de estos servicios ahora, pero necesita continuar o recibir más atención. Incluye una solicitud para atención médica a domicilio mientras se encuentra en el hospital o después de haberlo abandonado. Esto se denomina **revisión concurrente**.

Qué sucede después de obtener la solicitud de autorización de servicio

El plan de salud tiene un equipo de revisión, a fin de garantizarle que reciba los servicios que nosotros le prometemos. Verificamos que el servicio que está solicitando esté cubierto por su atención médica. Los médicos y las enfermeras forman parte del equipo de revisión. Su trabajo es garantizarle que el tratamiento o servicio solicitado sea médicamente necesario y adecuado para usted. Lo llevan a cabo verificando su plan de tratamiento con las normas aceptables desde el punto de vista médico.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Podemos decidir denegar una autorización de servicio o aprobarla por un monto menor al solicitado. Un profesional de atención médica cualificado tomará estas decisiones. Si decidimos que el servicio solicitado no es médicamente necesario, la decisión estará a cargo de un compañero revisor clínico, que puede ser un médico o un profesional de atención médica quien generalmente provee la atención solicitada. Usted o alguien de su confianza pueden solicitar las normas médicas específicas, denominadas criterios de **revisión clínica**, que utilizamos para tomar decisiones sobre la necesidad médica.

Después de recibir su solicitud, la revisaremos bajo un proceso **estándar** o **de registro rápido**. Usted o su médico pueden solicitar una revisión de registro rápido si se considera que un retraso podría causar serios daños a su salud. Si su solicitud para una revisión de registro rápido fue denegada, se lo notificaremos y su caso será tratado bajo el proceso de revisión estándar.

Nosotros aceleramos su revisión si:

- Una demora puede poner en grave riesgo su salud, su vida o su capacidad para funcionar
- Su proveedor dice que la revisión debe ser más rápida
- Usted está solicitando más servicios de los que está recibiendo en este momento

En todos los casos, revisaremos su solicitud tan pronto como lo requiera su condición médica, pero no más tarde de lo mencionado a continuación.

Le avisaremos a usted y a su proveedor por teléfono y por escrito si su solicitud es aprobada o denegada. También le diremos la razón de la decisión. Le explicaremos qué opciones de apelaciones o audiencias imparciales tiene si no está de acuerdo con nuestra decisión. (Consulte también las secciones Apelaciones del plan y Audiencia imparcial más adelante en este manual).

Plazos para solicitudes de autorización previa:

- **Revisión estándar:** Tomaremos una decisión sobre su solicitud dentro de los 3 días hábiles posteriores al recibimiento de toda la información necesaria y nos comunicaremos con usted, a más tardar, a los 14 días desde el recibimiento de su solicitud. Le avisaremos el decimocuarto día si necesitamos más información.
- **Revisión de registro rápido:** Tomaremos una decisión y nos comunicaremos con usted en un plazo de 72 horas. Le avisaremos dentro de 72 horas si necesitamos más información.

Plazos para solicitudes de revisión concurrente:

- **Revisión estándar:** Tomaremos una decisión dentro del día hábil posterior al recibimiento de toda la información necesaria y nos comunicaremos con usted a más tardar a los 14 días de recibida su solicitud. Le avisaremos el decimocuarto día si necesitamos más información.
- **Revisión de registro rápido:** Tomaremos una decisión dentro del día hábil del recibimiento de toda la información necesaria. Nos comunicaremos con usted a más tardar 72 horas después de recibir su solicitud. Le informaremos dentro de 1 día hábil si necesita más información.

Plazos especiales para otras solicitudes:

- Si usted está hospitalizado o le acaban de dar de alta y solicita cuidados médicos domiciliarios en un viernes o en un día antes de las vacaciones, nosotros tomaremos una decisión dentro de 72 horas a partir de cuándo tengamos toda la información que necesitamos o en cuánto tengamos toda la información que necesitamos
- Si usted está recibiendo tratamiento en el hospital para los trastornos por el uso de sustancias y solicita más servicios al menos 24 horas antes de que le den el alta, tomaremos una decisión dentro de 24 horas después de su solicitud
- Si solicita servicios de salud mental o para trastornos por el uso de sustancias que puedan estar relacionados con una comparecencia ante la corte, nosotros tomaremos una decisión dentro de 72 horas después de recibir su solicitud
- Si solicita un medicamento recetado para pacientes ambulatorios, tomaremos una decisión dentro de 24 horas después de su solicitud
- Un protocolo de terapia escalonada significa que nosotros requerimos que usted pruebe otro medicamento antes de aprobar el medicamento que está solicitando. Si solicita la aprobación para anular un protocolo de terapia escalonada, tomaremos una decisión dentro de 24 horas acerca de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Para otros medicamentos, tomaremos una decisión dentro de 14 días después de su solicitud.

Si necesitamos más información para tomar una decisión estándar o de registro rápido sobre su solicitud de servicio:

- Le avisaremos por escrito sobre qué información es necesaria. Si su solicitud está en una revisión acelerada, lo llamaremos de inmediato y le enviaremos una notificación escrita después.
- Le explicaremos por qué el retraso es para su bien
- Tomaremos una decisión a más tardar en los 14 días posteriores al día en que solicitamos más información

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Usted, su proveedor o alguien de su confianza también puede pedir que nos tomemos más tiempo para tomar la decisión. Puede ser porque tiene más información para entregarle al plan que podría ayudar a decidir su caso. Esto se puede realizar llamando al **1-800-493-4647** o por fax al 1-800-771-7507. Las solicitudes por escrito extendidas por su médico o proveedor de atención médica se pueden enviar a:

UnitedHealthcare Community Plan of New York
P.O. Box 1037
New York, NY 10268-1037

Usted o su representante puede presentar una queja al plan si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomar más tiempo para revisar su solicitud. Usted o alguien de su confianza puede presentar una queja al Departamento de Salud del estado de New York llamando al 1-800-206-8125.

Le notificaremos nuestra decisión para la fecha en que caduque el tiempo de revisión. Si, por algún motivo, no recibe noticias nuestras para esa fecha, esto significa lo mismo que denegar su solicitud de autorización de servicio. Si no respondemos a una solicitud para anular un protocolo de terapia escalonada a tiempo, su solicitud será aprobada.

Si usted piensa que nuestra decisión de denegar su solicitud de autorización de servicio es incorrecta, tiene el derecho a presentar una apelación del plan ante nosotros. Consulte la sección Apelación del plan más adelante en este manual.

Otras decisiones sobre su atención médica

A veces, realizamos una revisión recurrente en la atención médica que recibe para ver si todavía necesita la atención. También podemos revisar otros tratamientos y servicios que ya haya recibido. Esto se denomina **revisión retrospectiva**. Le notificaremos si tomamos estas decisiones.

Plazos para otras decisiones sobre sus cuidados:

- En la mayoría de los casos, si tomamos la decisión de reducir, suspender o finalizar un servicio ya aprobado y que recibe actualmente, debemos notificárselo, por lo menos, 10 días antes del cambio de servicio
- Nosotros debemos informarle por lo menos 10 días antes de que tomemos cualquier decisión acerca de los servicios a largo plazo y de ayuda, tales como cuidados de salud en el hogar, cuidados de salud personales, CDPAS, cuidados de salud para adultos durante el día y cuidados de salud permanentes en una casa de reposo con cuidados de enfermería

- Si controlamos una atención que se realizó en el pasado, tomaremos la decisión de pago dentro de los 30 días del recibimiento de toda la información que necesitamos para la revisión retrospectiva. Si denegamos el pago para un servicio, le enviaremos una notificación a usted y a su proveedor el día que se deniegue el pago. Estas notificaciones no son facturas. **No tendrá que pagar por ninguna atención médica recibida cubierta por el plan o por Medicaid, incluso si luego denegamos el pago al proveedor.**

Cómo pagamos a nuestros proveedores

Tiene el derecho de preguntar si tenemos algún acuerdo financiero especial con nuestros médicos que podría afectar el uso de sus servicios de atención médica. Puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647** si tiene inquietudes específicas. También queremos informarle que a la mayoría de nuestros proveedores se les paga en una o más de las siguientes maneras:

- Si nuestros PCP trabajan en una clínica o centro de salud, probablemente perciban un **sueldo**. La cantidad de pacientes que ven no afecta esta situación.
- Nuestros PCP que trabajan desde sus propios consultorios pueden recibir un cargo fijo todos los meses por cada paciente por lo cual sea su PCP. El cargo establece lo mismo si el paciente necesita una o varias visitas, o incluso ninguna. Este se denomina **capitación**.
- A veces los proveedores tienen un precio fijado para cada una de las personas en su lista de pacientes, pero parte de ese dinero (a veces hasta el 10%) puede retenerse para formar un fondo de **estímulo**. Al final del año, este fondo es empleado para usarse como una recompensa para los PCPs que han logrado llegar al estándar de paga extra, fijado por el plan.
- También se les podrá pagar a los proveedores por **cargo por servicio**. Esto significa que reciben un cargo en concordancia con el plan por cada servicio que proveen.

Usted puede ayudar con las políticas del plan

Valoramos sus ideas. Puede ayudarnos a elaborar políticas que sirvan mejor a nuestros miembros. Si tiene ideas, comuníquenoslas. Quizá le gustaría trabajar con uno de nuestros comités o juntas de asesoramiento para miembros. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647** para saber cómo puede ayudar.

Información de Servicios para Miembros

Esta es la información que puede obtener si llama a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**.

- Una lista de nombres, direcciones y títulos de la junta de directores, directivos, partes dirigentes, propietarios y socios de UnitedHealthcare Community Plan
- Una copia de los estados contables/balances más recientes, estados de resultado
- Una copia del contrato de suscriptor de pago directo individual más reciente
- Información del Departamento de Servicios Financieros acerca de quejas de los consumidores sobre UnitedHealthcare
- Cómo se mantienen sus registros médicos e información de miembros de forma confidencial
- Por escrito, se le informará cómo UnitedHealthcare controla la calidad de la atención hacia nuestros miembros
- Le informaremos los hospitales con los que trabajan nuestros proveedores de salud
- Si lo pide por escrito, le informaremos sobre las pautas que utilizamos para revisar las afecciones o enfermedades cubiertas por UnitedHealthcare Community Plan
- Si lo pide por escrito, le informaremos sobre la preparación requerida y cómo los proveedores de atención médica pueden aplicar para formar parte de UnitedHealthcare Community Plan
- Si lo pregunta, le informaremos si: 1) nuestros contratos o subcontratos incluyen planes de incentivo médico que afecten el uso de los servicios de referencia, y en tal caso 2) información sobre el tipo de acuerdos de incentivos utilizados; y 3) si se provee la protección de compensación para médicos y grupos de médicos.
- Información sobre cómo está organizada y cómo trabaja la empresa

Envíe todas las solicitudes por escrito a:

Member Services Department
UnitedHealthcare Community Plan
P.O. Box 1037
New York, NY 10268-1037

Manténganos informados

Llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647** si suceden estos cambios en su vida:

- Cambia su nombre, dirección o número de teléfono
- Sufre un cambio en la elegibilidad de Medicaid
- Está embarazada
- Da a luz
- Existiera un cambio en el seguro suyo o de sus hijos

Si se produce un cambio en la dirección, el número de teléfono o se mudó fuera del estado de New York, debe notificarlo al Departamento local de Servicios Sociales o a la Administración de Recursos Humanos de la ciudad de New York. Es posible que necesite presentar un comprobante de su nueva dirección visitando la oficina del DSS local o de la HRA de la ciudad de New York. Medicaid mantiene su información demográfica y es importante que informe estos cambios de inmediato para asegurarse de recibir la información importante como cambios en los beneficios y/o su formulario de renovación.

Si usted ya no recibe Medicaid, pregunte en su Departamento de Servicios Sociales local (local Department of Social Services). Usted podría afiliarse en otro programa.

Cancelación de inscripción y transferencias

1. Cuando los beneficios terminan o cuando usted desea darse de baja del plan

Puede probar el servicio durante 90 días. Puede abandonar UnitedHealthcare Community Plan y afiliarse a otro plan de salud en cualquier momento durante ese tiempo. Si no abandona en los primeros 90 días, sin embargo, debe permanecer en UnitedHealthcare Community Plan durante nueve meses más, **a menos que** tenga una buena razón “causa justa” para abandonar el plan.

Algunos ejemplos de “causa justa” son:

- Nuestro plan de salud no cumple con los requisitos del estado de New York y, en consecuencia, nuestros miembros resultan perjudicados
- Se muda fuera del área de servicio
- Usted, el plan y el Departamento Local de Servicios Sociales (HRA en la ciudad de New York) coinciden en que la cancelación de la inscripción es lo mejor para usted
- Está o se vuelve exento o excluido de atención médica administrada
- No ofrecemos un servicio de atención médica administrada de Medicaid que pueda obtener de otro plan de salud en su área
- Necesita un servicio relacionado con un beneficio que decidimos no cubrir y obtener el servicio en forma separada pondría en riesgo su salud
- No hemos podido proporcionar los servicios según lo estipulado en nuestro contrato con el Estado
- Usted es un niño que ha ingresado dentro de una acogida familiar temporal en LDSS y que necesita ser trasladado a un nuevo plan para consultar con los proveedores apropiados
- Nosotros no tenemos un contrato con la casa de reposo en la cual usted vive o va a vivir y necesita transferirse a un plan que lo tenga

Para cambiar los planes

Si usted vive en los condados de Broome, Chautauqua, Herkimer, Niagara, Oneida, Rensselaer, Seneca o Wyoming, comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales local. Dígame que desea cambiarse a otro plan de Medicaid Managed Care y le enviarán los formularios necesarios para realizar su transferencia. Rellene los formularios y envíelos por correo o llévelos al Departamento local de Servicios Sociales. Se le informará que el cambio se llevará a cabo para determinada fecha. Proporcionaremos la atención necesaria hasta entonces. Los números de teléfono para los Departamentos Locales de Servicios Sociales están enumerados en la parte delantera de este manual.

En la ciudad de New York y en los condados de Albany, Cayuga, Chemung, Chenango, Clinton, Columbia, Dutchess, Erie, Essex, Fulton, Genesee, Greene, Jefferson, Lewis, Livingston, Madison, Monroe, Nassau, Onondaga, Ontario, Orange, Oswego, Rockland, St. Lawrence, Suffolk, Tioga, Ulster, Warren, Wayne o Westchester, comuníquese con New York Medicaid Choice al 1-800-505-5678 para cambiar los planes de salud o desafiliarse. Los consejeros de New York Medicaid Choice pueden ayudarle a cambiar de planes de salud.

Es posible que pueda transferirse entre diferentes planes por teléfono. Usted tendrá que escoger otro plan a menos que haya sido excluido o exento de los cuidados administrativos.

El proceso puede llevar entre dos (2) y seis (6) semanas, según cuándo se reciba su solicitud. Se le informará que el cambio se llevará a cabo para determinada fecha. UnitedHealthcare Community Plan le brindará la atención que necesite hasta entonces.

Puede solicitar una acción más rápida si piensa que el proceso regular le causará más daños a su salud. Usted también puede solicitar una acción más rápida si su queja se debe a que no está de acuerdo con la inscripción. Solo necesita llamar a su Departamento de Servicios Sociales local o a New York Medicaid Choice.

2. Podría no ser elegible para la atención médica administrada de Medicaid

Durante la transición de la atención pediátrica a la atención de adultos, usted o su hijo deberían abandonar UnitedHealthcare Community Plan si usted o su hijo:

- Se mudan fuera del condado o área de servicio
- Se cambian a otro plan de atención médica administrada
- Se afilian a HMO u otro plan de seguros a través del trabajo
- Son encarcelados
- Pierden la elegibilidad de otra manera

Su hijo debería abandonar UnitedHealthcare Community Plan o *cambiar planes si:

- Se inscriba al programa Physically Handicapped Children; o
- Está en colocación familiar por una agencia con contrato para proveer ese servicio para el Departamento de Servicios Sociales local, incluyendo a todos los niños en colocación familiar en la ciudad de New York; o
- *Se encuentra en colocación familiar por el Departamento de Servicios Sociales local en un área que no se encuentra servida por el plan del niño actual.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Si usted tiene que dejar a UnitedHealthcare Community Plan o ya no es elegible para Medicaid, todos sus servicios pueden detenerse súbitamente, incluyendo cualquier servicio que recibía en su hogar. Si esto sucede, llame de inmediato a New York Medicaid Choice al **1-800-505-5678**.

3. Podemos solicitarle que abandone UnitedHealthcare Community Plan

También puede perder su membresía de UnitedHealthcare Community Plan si con frecuencia:

- Se niega a trabajar con su PCP en relación a su atención médica;
- No cumple con las citas;
- Asiste a la sala de emergencia para una atención que no es de emergencia;
- No sigue las reglas de UnitedHealthcare Community Plan;
- No completa los formularios en forma honesta o no provee la información verdadera (comete fraude);
- Comete abuso o causa daño a miembros, proveedores o personal del plan; o
- Actúa de manera tal que nos impide realizar lo mejor para usted y otros miembros, incluso después de intentar solucionar los problemas.

Apelaciones del plan

Existen algunos tratamientos y servicios que necesitan aprobación antes de su realización o para que pueda continuar recibéndolos. Esto se conoce como **autorización previa**. Solicitar aprobación para un tratamiento o servicio se denomina **solicitud de autorización de servicios**. Este proceso se describe anteriormente en este manual. La noticia acerca de nuestra decisión para denegar una solicitud de autorización de servicio o aprobarla por un monto menor que el solicitado se denomina una **Determinación inicial adversa**.

Si no está satisfecho con nuestra decisión sobre su atención, hay pasos que puede seguir.

Su proveedor puede pedir reconsideración

Si tomamos la decisión de que su solicitud de autorización de servicio no era médicamente necesaria o era experimental o investigativa, y no hablamos con su médico, el médico puede pedir hablar con el Director Médico del plan. El Director Médico hablará con su médico en un plazo de un día hábil.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Puede presentar una Apelación del plan:

Si cree que nuestra decisión sobre su solicitud de autorización de servicio es incorrecta, puede solicitarnos que examinemos su caso nuevamente. A esto se llama una apelación del plan.

- Usted tiene 60 días calendario a partir de la fecha de la Determinación adversa inicial para solicitar una apelación del plan
- Puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647** si necesita ayuda para solicitar una apelación del plan o seguir los pasos del proceso de apelación. Nosotros podemos ayudarlo si tiene necesidades especiales como una discapacidad auditiva o de la vista, o si necesita servicios de traducción.
- Puede solicitar una apelación del plan, o puede pedir que otra persona, como un familiar, amigo, doctor o abogado, lo solicite. Usted y esa persona deberán firmar y fechar una declaración que indique que desea que esa persona lo represente.

Apoyo continuo mientras apela una decisión acerca de sus cuidados:

Si decidimos reducir, suspender o detener los servicios que usted está recibiendo ahora, es posible que pueda continuar con los servicios mientras espera que se decida su Apelación del plan. Usted debe solicitar su Apelación del plan:

- Dentro de diez días a partir de ser informado que sus cuidados están cambiando; o
- En la fecha en que está programado que el cambio ocurra en los servicios, lo que ocurra más tarde. Si su Apelación del plan tiene como resultado otro rechazo, es posible que usted tenga que pagar el costo de los beneficios continuos que recibió.

Usted puede llamar, escribir, para solicitar una apelación del plan

Cuando solicite una apelación ante el plan, o poco después, usted deberá proporcionar lo siguiente:

- Su nombre y dirección
- Su número de inscripción
- El servicio que solicita y su(s) razón(es) por su apelación
- Cualquier información que desee que revisemos, como expedientes médicos, cartas de los doctores u otra información que explique por qué necesita el servicio
- Cualquier información específica que nosotros solicitamos inicialmente en la notificación de la Determinación inicial adversa
- Para ayudarlo a prepararse para la apelación ante su plan, usted puede solicitar ver las guías, expedientes médicos y otros documentos que nosotros utilizamos para tomar la Determinación inicial adversa

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Si su apelación del plan se lleva a cabo con un seguimiento rápido, es posible que haya poco tiempo para que usted pueda proporcionarnos la información que desea que revisemos. Usted puede solicitar examinar esos documentos o solicitar una copia gratuita llamando al **1-800-493-4647**.

Usted puede darnos su información y sus materiales por teléfono o por correo:

Teléfono **1-800-493-4647**

Correo Member Complaints, Grievances and Appeals
UnitedHealthcare Community Plan of New York
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

Si usted solicita una Apelación del Plan por teléfono, a menos que se realice un seguimiento rápido, también debe enviarnos su apelación ante el Plan por escrito.

Si usted está solicitando un servicio o proveedor por fuera de la red:

Si le informamos que el servicio que solicitó no es muy diferente de un servicio disponible de un proveedor participante, usted puede solicitarnos que verifiquemos si este servicio es médicamente necesario para usted. Usted deberá pedir a su doctor que envíe la siguiente información junto con su apelación del plan:

1. Una declaración por escrito de su doctor declarando que el servicio por fuera de la red es muy diferente del servicio que el plan puede proporcionarle de un proveedor participante. Su médico debe ser un especialista certificado o elegible por la junta que trata a las personas que necesitan el servicio que está solicitando.
2. Dos documentos médicos o científicos que prueben que los servicios que usted solicita le son más útiles y no le causarán más daños que los servicios que el plan puede proporcionarle de un proveedor participante. Si su doctor no envía esta información, nosotros seguiremos revisando su apelación del plan. Sin embargo, es posible que usted no sea elegible para una apelación externa. Vea la sección Apelación externa más adelante en este manual.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Si usted piensa que nuestro proveedor participante no tiene la capacitación o experiencia correctas para brindar un servicio, puede solicitarnos que verifiquemos si es médicamente necesario que sea usted referido a un proveedor por fuera de la red. Usted deberá pedirle a su doctor que envíe la siguiente información junto con su apelación:

1. Una declaración por escrito que diga que nuestro proveedor participante no tiene la capacitación y experiencia correctas para satisfacer sus necesidades, y
2. Que recomiende un proveedor por fuera de la red con la capacitación y experiencia correctas que puede proporcionar el servicio.

Su doctor debe ser un especialista certificado o elegible por la junta que trata a las personas que necesitan el servicio que usted está solicitando. Si su doctor no envía esta información, seguiremos revisando su apelación ante el plan. Sin embargo, es posible que usted no sea elegible para una Apelación externa. Vea la sección **Apelación externa** más adelante en este manual.

Qué sucede después de recibir su Apelación del plan

- Dentro de los 15 días, le enviaremos una carta para informarle que estamos trabajando en su Apelación del plan
- Le enviaremos una copia gratuita de los registros médicos y cualquier otra información que usaremos para tomar la decisión de la apelación. Si se realiza un seguimiento rápido de su Apelación del plan, es posible que haya poco tiempo para revisar esta información.
- También puede proporcionar información que se utilizará para tomar la decisión en persona o por escrito. Llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-800-493-4647** si no está seguro de qué información brindarnos.
- Las Apelaciones al plan de asuntos clínicos serán decididas por profesionales de la salud calificados que no tomaron la primera decisión, al menos uno de los cuales será un revisor clínico
- Las decisiones que no sean clínicas serán manejadas por personas que trabajan en un nivel más alto que las personas que trabajaron en su primera decisión
- Se le darán los motivos de nuestra decisión y nuestra justificación clínica, si corresponde

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

El aviso de la decisión de la Apelación del plan de rechazar su solicitud o de aprobarlo por un monto menor al solicitado se denomina **Determinación adversa final**.

- Si cree que nuestra Determinación Adversa Final es incorrecta:
 - Puede solicitar una Audiencia imparcial. Vea la sección **Audiencia imparcial** de este manual.
 - Para algunas decisiones, puede solicitar una **Apelación externa**. Consulte la sección **Apelación externa** de este manual.
 - Presente una queja ante el Departamento de Salud del Estado de New York al 1-800-206-8125

Plazos para las apelaciones del plan:

- **Apelaciones del plan estándar:** Si tenemos toda la información necesaria, le informaremos sobre nuestra decisión dentro de treinta (30) días calendario posteriores a la fecha en que solicita su apelación del plan. Se le enviará una notificación escrita sobre nuestra decisión en un plazo de 2 días hábiles a partir de tomar la decisión.
- **Apelaciones del plan de registro rápido:** Si tenemos toda la información necesaria, las decisiones de Apelaciones del plan aceleradas se tomarán dentro de los 2 días hábiles de su Apelación del plan, pero no más de 72 horas de cuando solicita su Apelación del plan.
 - Le informaremos dentro de 72 horas si necesitamos más información
 - Si su solicitud fue negada cuando usted solicitó continuar con el tratamiento para el uso de sustancias por lo menos 24 horas antes de que fuera dado de alta del hospital donde se encontraba, nosotros tomaremos una decisión acerca de su apelación dentro de las siguientes 24 horas
 - Le informaremos nuestra decisión por teléfono y también le enviaremos una notificación por escrito después

Su Apelación del plan se revisará dentro de un proceso acelerado si:

- Si usted o su doctor solicitan que se revise su Apelación del plan por medio de un proceso acelerado. Su doctor tendrá que explicar cómo una demora causará daño a su salud. Si se rechaza su solicitud de vía rápida, le informaremos y su apelación del plan será revisada según el proceso estándar; o
- Si su solicitud fue denegada cuando solicitó continuar recibiendo los cuidados que ahora recibe o es necesario extender un servicio que se ha brindado; o
- Si su solicitud fue denegada cuando solicitó cuidados médicos domiciliarios después de haber estado hospitalizado; o
- Si su solicitud fue denegada cuando solicitó más tratamiento para los trastornos por el uso de sustancias para pacientes hospitalizados al menos 24 horas antes de ser dado de alta del hospital.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Si necesitamos más información para tomar una decisión estándar o de registro rápido sobre su Apelación del plan:

- Le avisaremos por escrito sobre qué información es necesaria. Si su solicitud está en una revisión acelerada, lo llamaremos de inmediato y le enviaremos una notificación escrita después.
- Le explicaremos por qué el retraso es para su bien
- Tomaremos una decisión a más tardar en los 14 días posteriores al día en que solicitamos más información

Usted, su proveedor o alguien de su confianza también puede pedir que nos tomemos más tiempo para tomar la decisión. Puede ser porque tiene más información para entregarle al plan que podría ayudar a decidir su caso. Esto se puede realizar llamando al número gratuito **1-800-493-4647** o por escrito. Envíe las solicitudes por escrito a:

UnitedHealthcare Community Plan of New York
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

Usted o alguien de su confianza pueden presentar una queja si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomar más tiempo para revisar su Apelación del plan. Usted o alguien en quien confía pueden presentar esta queja al plan de salud llamando a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647** (si tiene problemas de audición, comuníquese con el Servicio de Transmisión TDD al **711**) o con el Departamento de Salud del estado de New York al 1-800-206-8125.

Si no recibe una respuesta a su Apelación del plan o no decidimos a tiempo, incluyendo las extensiones, usted puede solicitar una Audiencia imparcial. Consulte la sección **Audiencia imparcial** de este manual.

Si no decidimos su Apelación del plan a tiempo, y nosotros hemos declarado que el servicio que solicita:

1. No es médicamente necesario;
2. Es experimental o de investigación;
3. No es diferente de los cuidados que puede usted obtener en la red del plan;
4. Se encuentra disponible de un proveedor participante que tenga la capacitación y experiencia correctas para satisfacer sus necesidades;

se anulará el rechazo original. Esto significa que su solicitud de autorización de servicio será aprobada.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Ayuda para continuar mientras se apela una decisión sobre su atención

En algunos casos es posible continuar con los servicios mientras espera la decisión de su caso de Apelación del plan. **Tiene que solicitar una Apelación del plan:**

- En un plazo de diez (10) días después de saber que la solicitud fue denegada o que la atención está cambiando; o
- Antes de la fecha en que está programado el cambio de servicios.

Si su Apelación del plan resulta en otra denegación, solicite una Audiencia imparcial. Vea la sección Audiencia imparcial más adelante en este manual. Si pierde la Apelación del plan y la Audiencia imparcial, es posible que deba pagar el costo de los beneficios continuos que recibió.

Apelaciones externas

Usted tiene otros derechos de apelación si dijimos que el servicio que solicita es:

- El servicio no era médicamente necesario, o
- El servicio era experimental o investigativo; o
- El servicio fuera de la red no era diferente del servicio disponible en nuestra red; o
- El servicio por fuera de nuestra red se encontraba disponible de parte de un proveedor quien tiene el entrenamiento y la experiencia para llenar sus necesidades.

Para este tipo de decisiones, puede solicitar al estado de New York una **apelación externa** independiente. Esto se denomina apelación externa porque la deciden los revisores que no trabajan para el plan de salud ni para el estado. Los revisores son personas cualificadas aprobadas por el estado de New York. El servicio debe estar en el paquete de beneficios del plan o debe ser un tratamiento experimental, prueba clínica o tratamiento para una enfermedad rara. No tiene que pagar por una apelación externa.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Antes de solicitar una apelación externa:

- Debe presentar una Apelación del plan con el plan y obtener la determinación adversa final del plan; o
- Si no recibió el servicio y solicita una apelación acelerada del plan, puede solicitar una apelación externa acelerada al mismo tiempo. Su médico tendrá que determinar si una apelación externa acelerada es necesaria; o
- Usted y el plan pueden acordar saltar el proceso de apelaciones del plan y pasar directamente a la apelación externa; o
- Puede probar que el plan no siguió las reglas correctamente al procesar su apelación de medidas.

Tiene 4 meses después de recibida la determinación adversa definitiva del plan para solicitar una apelación externa. Si usted y el plan acordaron omitir el proceso de apelación del plan, debe solicitar la apelación externa en un plazo de 4 meses desde que se llegó al acuerdo.

Para pedir una apelación externa, rellene una solicitud y envíela al Departamento de Servicios Financieros. Puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647** si necesita ayuda para presentar la apelación. Usted y sus médicos tendrán que proporcionar información sobre su problema médico. La solicitud de apelación externa explica qué información se necesita.

Estas son algunas maneras de obtener una solicitud:

- Llame al Departamento de Servicios Financieros al 1-800-400-8882
- Ingrese al sitio web del Departamento de Servicios Sociales en www.dfs.ny.gov
- Comuníquese con el plan de salud al **1-800-493-4647**

Su apelación externa se decidirá en 30 días. Se puede necesitar más tiempo (hasta cinco días hábiles) si el revisor de la apelación externa pide más información. Se le informará a usted y al plan de la decisión final dentro de dos días posteriores a la fecha en que se tome.

Puede obtener una decisión más rápida si:

- Su doctor dice que una demora causará un daño grave a su salud: o
- Si se encuentra hospitalizado después de una visita a la sala de emergencia y el plan le niega la atención hospitalaria.

A esto se le llama una **apelación externa acelerada**. El revisor de la apelación externa tomará una decisión acerca de su apelación acelerada en 72 horas o menos.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Si usted solicitó un tratamiento para el trastorno por el uso de sustancias para pacientes hospitalizados al menos 24 horas antes de ser dado de alta del hospital, nosotros continuaremos pagando su estadía si:

- Solicita una Apelación del plan por vía rápida dentro de 24 horas, y
- Solicita una Apelación externa de vía rápida al mismo tiempo.

El plan continuará pagando su estadía hasta que se tome una decisión sobre sus apelaciones. Su plan tomará una decisión sobre su Apelación interna de vía rápida en 24 horas. La apelación externa por vía rápida se decidirá en 72 horas.

El revisor de la Apelación externa le informará a usted y al plan de inmediato por teléfono o por fax la decisión tomada. Más tarde, se le enviará a usted una carta informándole cual fue la decisión.

Si usted solicita una Apelación del plan y recibe una Determinación adversa final que niega, reduce o detiene sus servicios, usted puede solicitar una Audiencia imparcial. Puede solicitar una Audiencia imparcial y solicitar una Apelación externa. Si solicita una Audiencia imparcial y una Apelación externa, la decisión del funcionario de la Audiencia imparcial será la que cuente.

Audiencias imparciales

En algunos casos, usted puede solicitar una audiencia imparcial en el estado de Nueva York.

- No está satisfecho con la decisión que tomó su Departamento de Servicios Sociales local o el Departamento de Salud del Estado sobre su permanencia o abandono de UnitedHealthcare Community Plan
- No está satisfecho con una decisión que tomamos para restringir sus servicios. Usted piensa que la decisión limita sus beneficios de Medicaid. Tiene 60 días calendario a partir de la fecha de la notificación de intención de restricción para solicitar una audiencia Imparcial. Si solicita una audiencia imparcial dentro de 10 días a partir de la notificación de intención de restricción o antes de la fecha de vigencia de la restricción, lo que ocurra más tarde, puede continuar recibiendo sus servicios hasta que se obtenga la decisión de la Audiencia imparcial. Sin embargo, si usted pierde su Audiencia imparcial, es posible que tenga que pagar el costo de los servicios que recibió mientras esperaba la decisión.
- Usted no está satisfecho con la decisión de su doctor de no solicitar los servicios que usted desea. Piensa que la decisión del doctor detiene o limita sus beneficios de Medicaid. En ese caso, debe presentar una queja ante UnitedHealthcare Community Plan. Si UnitedHealthcare Community Plan está de acuerdo con su doctor, usted puede solicitar una Apelación del plan. Si recibe una Determinación adversa final, tendrá 120 días calendario a partir de la fecha de la Determinación adversa final para solicitar una Audiencia imparcial estatal.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

- Usted no está satisfecho con alguna decisión que tomamos acerca de sus cuidados médicos. Usted piensa que la decisión limita sus beneficios de Medicaid. Si no está satisfecho con nuestra decisión de:
 - reducir, suspender o detener los cuidados médicos que estaba recibiendo; o
 - niega la atención que quería;
 - denegar el pago por los cuidados médicos que recibió; o
 - no se le permitió disputar una cantidad de copago, otra cantidad que adeuda o el pago que realizó por sus cuidados médicos.

Primero debe solicitar una Apelación del plan y recibir una Determinación adversa final. Tendrá 120 días calendario a partir de la fecha de la Determinación adversa final para solicitar una Audiencia imparcial.

Si solicitó una Apelación del plan y recibe una Determinación adversa final que reduce, suspende o detiene los cuidados médicos que recibe actualmente, puede continuar recibiendo esos servicios que su doctor ordenó mientras espera que se decida su Audiencia imparcial. Usted debe solicitar una Audiencia imparcial dentro de 10 días a partir de la fecha de la determinación adversa final o en el momento en que la acción entre en vigencia, lo que ocurra más tarde. Sin embargo, si usted elige solicitar que los servicios continúen y pierde su Audiencia imparcial, es posible que tenga que pagar por el costo de los servicios que recibió mientras esperaba una decisión.

- Usted solicitó una Apelación del plan y el tiempo para decidir acerca de su apelación ante el plan ha caducado, incluyendo las extensiones. Si no recibe una respuesta acerca de su Apelación del plan o no decidimos a tiempo, usted puede solicitar una Audiencia imparcial.

Puede usar una de las siguientes maneras para solicitar una Audiencia imparcial:

1. Por teléfono, comuníquese en forma gratuita al 1-800-342-3334
2. Por fax, 1-518-473-6735
3. Por Internet: www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp
4. Por correo:

NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings Managed Care Hearing Unit
P.O. Box 22023
Albany, NY 12201-2023

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Cuando usted solicita una audiencia imparcial acerca de la decisión que UnitedHealthcare Community Plan tomó, nosotros debemos enviarle una copia del **paquete de datos de evidencia**. Esta es la información que nosotros empleamos para tomar la decisión acerca de sus cuidados. El plan entregará esta información al oficial de la audiencia para explicar nuestra acción. Si no tenemos el tiempo necesario para enviarle una copia por correo, llevaremos con nosotros copia del paquete de datos de evidencia a la audiencia para usted. Si usted no recibe el paquete de datos de evidencia una semana antes de la audiencia, puede llamar al **1-800-493-4647** para preguntar acerca del envío.

Al plan de salud se le requiere que proteja la confidencialidad de los menores de edad (de la edad de 0–17) y, por lo tanto, ya no enviará notificaciones a sus miembros acerca de la negación de pago por reclamaciones.

A partir del día 1º de julio de 2016, el plan de salud debe tomar aún más medidas de seguridad para evitar el riesgo accidental de divulgación de información confidencial de la salud para todos los miembros menores de edad (0–17 años de edad). Para llevar a cabo eso, el plan de salud no enviará a sus miembros notificaciones de negación de pagos de reclamaciones, incluyendo reclamaciones relacionadas a cuidados dentales y de salud conductual.

Si usted recibe una factura por servicios para los cuidados de la salud y usted no recibió previa notificación del plan de salud, debe ponerse en contacto con Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711**, para recibir asistencia y confirmación a su derecho para presentar una Audiencia Imparcial del Estado, si no está de acuerdo con la determinación negando el pago por un servicio para los cuidados de la salud. UnitedHealthcare Community Plan continuará asegurando una pronta respuesta para usted o para la persona que usted designe para revisar su expediente (un expediente contiene la información relacionada a un servicio específico y la información revisada por UnitedHealthcare Community Plan durante el proceso para llegar a una determinación de la cobertura). UnitedHealthcare Community Plan se adhiere a los requerimientos de privacidad, requeridos por la ley y los reglamentos, de obtener una autorización apropiada antes de divulgar la información protegida acerca de la salud que puede estar incluida dentro de su expediente.

Recuerde, puede presentar una queja al Departamento de Salud del estado de New York en cualquier momento si llama al 1-800-206-8125.

Proceso de queja

Quejas

Esperamos que nuestro plan lo satisfaga. Si tiene un problema, hable con su PCP o llame o escriba a Servicios para Miembros. La mayoría de los problemas se pueden resolver de inmediato. Si tiene un problema o disputa con su atención o servicios, puede presentar una queja al plan. Los problemas que no se resuelven de inmediato por teléfono y toda queja que llegue por correo se tratarán según el procedimiento de queja descrito a continuación.

Puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711**, si necesita ayuda para presentar una queja o seguir los pasos del proceso de quejas. Podemos ayudarlo si tiene necesidades especiales como problemas de audición o visión, o si necesita servicios de traducción. No le haremos las cosas difíciles ni tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja.

Tiene derecho a comunicarse con el Departamento de Salud del estado de New York sobre su queja al 1-800-206-8125 o escribir a:

Complaint Unit, Bureau of Consumer Services
OHIP DHPCO 1CP-1609
New York Department of Health
Albany, NY 12237

También puede ponerse en contacto con el Departamento local de Servicios Sociales en cualquier momento respecto a su queja. Puede llamar al Departamento de Servicios Financieros del Estado de New York al 1-800-342-3736 si su queja implica un problema de facturación.

Cómo presentar una queja a nuestro plan

Puede presentar una queja, o puede hacer que otra persona, como un familiar, amigo, médico o abogado, presente la queja por usted. Usted y esa persona deberán firmar y fechar una declaración que indique que desea que esa persona lo represente.

Para presentar su queja por teléfono, llame sin cobrar a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. de lunes a viernes. Si necesitamos más información para tomar una decisión, se lo diremos.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Puede escribirnos con su queja o llamar al número de Servicios para Miembros y pedir un formulario de queja. Debe ser enviado a:

Member Complaints, Grievances and Appeals
UnitedHealthcare Community Plan of New York
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

Qué sucede después

Si no resolvemos el problema de inmediato por teléfono o después de recibir su queja por escrito, le enviaremos una carta dentro de los 15 días hábiles. La carta detallará:

- Quién está trabajando en su queja
- Cómo contactar esta persona
- Si necesitamos más información

También puede proporcionar información que se usará para revisar su queja en persona o por escrito. Llame al plan al **1-800-493-4647**, TTY **711**, si no está seguro de qué información debe proporcionarnos. Su queja será revisada por una o más personas calificadas. Si su queja implica asuntos clínicos, su caso será revisado por uno o más profesionales de atención médica calificados.

Después de revisar su queja

- Le avisaremos de nuestra decisión dentro de los 45 días de contar con toda la información necesaria para responder a su queja, pero tendrá noticias en un plazo no mayor a 60 días del día en que recibimos su queja. Le escribiremos y le haremos saber las razones de nuestra decisión.
- Cuando una demora podría poner en riesgo su salud, le avisaremos de nuestra decisión dentro de las 48 horas de contar con toda la información necesaria para responder su queja, pero tendrá noticias en un plazo no mayor a 7 días desde el día en que recibimos su queja. Lo llamaremos con nuestra decisión o trataremos de localizarle para decírselo. Recibirá una carta para realizar un seguimiento de nuestra comunicación en 3 días hábiles.
- Se le dirá cómo apelar nuestra decisión si no está satisfecho e incluiremos los formularios que necesite
- Si no podemos tomar una decisión sobre su queja porque no contamos con la información suficiente, le enviaremos una carta para notificárselo

Apelaciones de quejas

Si está en desacuerdo con una decisión tomada sobre su queja, usted o una persona de su confianza puede presentar una **apelación de quejas** con el plan.

Cómo presentar una apelación de quejas

- Si no está satisfecho con nuestra decisión, cuenta con por lo menos 60 días hábiles después de recibir comunicación de nosotros para presentar una apelación
- Puede hacerlo usted mismo o pedirle a una persona de su confianza que presente una apelación por usted
- La apelación se debe realizar por escrito. Si presenta una apelación por teléfono se debe realizar un seguimiento por escrito. Después de su llamada, le enviaremos un formulario con el resumen de su apelación telefónica. Si está de acuerdo con nuestro resumen, debe firmar el formulario y devolverlo. Puede realizar los cambios necesarios antes de devolver el formulario. Envíe toda la correspondencia por escrito a:

Member Complaints, Grievances and Appeals
UnitedHealthcare Community Plan of New York
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

Qué sucede después de recibir su apelación de quejas

Después de recibir su apelación de quejas, le enviaremos una carta dentro de los 15 días hábiles.

La carta detallará:

- Quién está trabajando en su apelación de quejas
- Cómo ponerse en contacto con una persona de UnitedHealthcare sobre su apelación de quejas
- Si necesitamos más información

Su apelación de quejas será revisada por una o más personas calificadas en un nivel superior que aquellas que tomaron la primera decisión sobre su queja. Si su apelación de quejas implica asuntos clínicos, su caso será revisado por uno o más profesionales de la salud cualificados, con, por lo menos, un compañero revisor clínico que no haya participado en la primera decisión sobre su queja.

Después de obtener toda la información necesaria, le informaremos nuestra decisión dentro de 30 días hábiles. Si una demora podría poner en riesgo su salud, le informaremos nuestra decisión dentro de 2 días hábiles después de obtener toda la información necesaria para tomar una decisión sobre la apelación. Le daremos las razones de nuestra decisión y nuestra fundamentación clínica, si corresponde. Si aun así no está satisfecho, usted o una persona en su nombre puede presentar una queja al Departamento de Salud del estado de New York al 1-800-206-8125.

¿Tiene preguntas? Llame a Servicios para Miembros **1-800-493-4647**, TTY **711** 87
(Para crisis de salud mental/uso de sustancias, oprima 8)

Derechos y responsabilidades de los miembros

Sus derechos

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, tiene derecho a:

- Obtener información acerca de UnitedHealthcare, sus servicios, sus doctores y proveedores y acerca de los derechos y responsabilidades de los miembros
- Ser atendido con respeto, dignidad y privacidad, sin tener en cuenta el estado de salud, sexo, raza, color, religión, origen nacional, edad, estado civil u orientación sexual
- Saber dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita de UnitedHealthcare
- Que su PCP le explique en su idioma cuál es el problema, lo que se puede hacer por usted y cuál sería el resultado probable
- Obtener una segunda opinión sobre su atención por un proveedor de nuestra red o de OON sin costos adicionales en caso de que un proveedor dentro de nuestra red no se encuentre disponible
- Aprobar cualquier tratamiento o plan para su atención médica después de recibir una explicación completa de este
- Rechazar la atención médica y que se le informen los riesgos que eso implica
- Obtener una copia de su registro médico, hablar con su PCP y pedir, si es necesario, que sea enmendado o corregido
- Asegurarse de que su registro médico sea privado y no se comparta con otra persona, excepto según lo requerido por ley, contrato o con su aprobación
- Utilizar el sistema de quejas de UnitedHealthcare para asentar las quejas, o puede hacerlo al Departamento de Salud del estado de New York o al Departamento local de Servicios Sociales cada vez que sienta que no fue tratado en forma justa
- Hacer recomendaciones acerca de los derechos y responsabilidades de los miembros en la organización
- Utilizar el sistema de audiencias imparciales del estado
- Designar a una persona (familiar, amigo, abogado, etc.) para que hable sobre su atención médica y tratamiento si usted no puede hacerlo
- Recibir atención médica considerada y respetuosa en un entorno limpio y seguro, libre de restricciones innecesarias
- Tener una franca discusión acerca de las opciones de tratamientos apropiados o médicamente necesarios para su condición, sin importar el costo o la cobertura de beneficios

Sus responsabilidades

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, coincide en:

- Trabajar con su PCP para proteger y mejorar su salud
- Suministrar información verdadera y completa que la organización, sus doctores y sus proveedores necesitan para poder proveer los cuidados
- Seguir los planes y las instrucciones para los cuidados con los que usted y su doctor han estado de acuerdo
- Entender los problemas de salud y participar en el desarrollo de metas a través de tratamientos acordados mutuamente
- Saber cómo funciona su sistema de atención médica
- Escuchar el consejo de su PCP y formular preguntas cuando tiene dudas
- Llamar o regresar a su PCP si no se siente mejor, o pedir una segunda opinión
- Tratar al personal de atención médica con el mismo respeto que espera para usted
- Decirnos si tiene problemas con algún personal de atención médica. Llamar a Servicios para Miembros.
- Asistir a sus citas. Si debe cancelarla, llámenos tan pronto como pueda.
- Usar la sala de emergencias solamente para emergencias verdaderas
- Llamar a su PCP cuando necesita atención médica, incluso fuera de horas de consulta

Directrices anticipadas

Es posible que exista un momento que no pueda decidir sobre su propia atención médica. Al planificarlo con anticipación, puede decidir ahora cómo hacer que se cumplan sus deseos. Primero, cuénteles a su familia, amigos y médico qué clases de tratamientos desea y cuáles no. Segundo, puede designar a un adulto de su confianza para que tome las decisiones por usted. Asegúrese de hablar con su PCP, su familia y demás personas cercanas; así sabrán lo que usted quiere. Tercero, es mejor si escribe lo que piensa. Los documentos enumerados a continuación pueden ayudarlo. No necesita emplear a un abogado, pero es posible que desee hablar con uno acerca de este tema. Puede cambiar de opinión y estos documentos en cualquier momento. Podemos ayudarle a comprender y obtener estos documentos. No modifican su derecho a recibir beneficios de atención médica de calidad. El único propósito es permitirle a los demás saber lo que desea si usted no puede hablar por sí mismo.

- **Apoderado de atención médica** – Con este documento, usted nombra a otro adulto de su confianza (generalmente un amigo o miembro de la familia) para que decida sobre su atención médica en caso de que usted no pueda hacerlo. Si lo hace, debe hablar con la persona, así sabrá lo que usted quiere.
- **CPR y DNR** – Tiene derecho a decidir si desea algún tratamiento especial o de emergencia para reanimar su corazón o pulmones en caso de que la respiración o la circulación se detuviera. Si no desea tratamiento especial, incluida la resucitación cardiopulmonar (cardiopulmonary resuscitation, CPR), debe dejarlo asentado por escrito. Su PCP proveerá una orden de DNR (no reanimar) para sus registros médicos. También puede llevar con usted un formulario DNR y/o un brazalete para que cualquier proveedor médico de emergencia conozca sus deseos.
- **Tarjeta de donación de órganos** – Esta tarjeta tamaño billetera expresa que está dispuesto a donar partes de su cuerpo para ayudar a otros cuando muere. Además, verifique el dorso de su licencia de conducir para informar sobre su deseo y la manera de donar los órganos.

Definiciones

Abogacía: El espíritu de este trabajo es uno que promueve alianzas eficaces entre padres, cuidadores, profesionales y sistemas. La promoción en esta actividad no incluye consulta o representación legal. Se define como un trabajo colaborativo y constructivo con y en nombre de las familias para ayudarlos a obtener los servicios y apoyos necesarios para promover resultados positivos para sus hijos.

Salud conductual (BH): Se refiere a beneficios y/o condiciones de salud mental y/o SUD.

Servicio de salud conductual (BH): Cualquiera o todos los servicios identificados en la Tabla 2 (Plan estatal de Medicaid y beneficios de demostración para todas las poblaciones en la administración de cuidados de Medicaid menores de 21 años) de este documento.

Profesional de la salud conductual (BHP): 12 Una persona con un título avanzado en el campo de la salud mental o adicciones que posee una licencia activa y sin restricciones para practicar de forma independiente o una persona con un título asociado o superior en enfermería que sea una enfermera registrada con tres años de experiencia en un entorno de salud mental o adicciones. Los BHP, como se describe en la Sección 3.2 (Personal) de este documento, se especificarán como NYS o Estados Unidos (EE. UU.) BHP. Cuando se especifica como NYS BHP, la persona debe tener una licencia activa e irrestricta para practicar de forma independiente en el Estado de New York o ser una enfermera registrada en el Estado de New York. Cuando se especifica como un BHP de EE. UU., la persona puede cumplir con el requisito de licencia con una licencia activa, sin restricciones, para practicar de forma independiente o ser una enfermera registrada en cualquier estado de EE. UU.

Cuidador/tutor legal: El adulto o adultos que tienen la autoridad para tomar decisiones legales y de consentimiento para el niño o joven en cuidado/servicios. Esto puede incluir el padre (s), OCFS, LDSS, etc.

Opción de Community First Choice (CFCO): Son servicios y apoyos mejorados para las personas elegibles que necesitan ayuda con las actividades cotidianas debido a una discapacidad física, del desarrollo o del comportamiento. Estos servicios y apoyos cubren actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria y tareas relacionadas con la salud a través de asistencia práctica, supervisión y guías. Los beneficiarios de Medicaid deben cumplir con los requisitos de establecimiento de HCBS y los criterios institucionales de LOC, así como otros criterios de elegibilidad, para ser elegibles para los servicios de CFCO. Los servicios de CFCO se deben proporcionar conforme a un Plan de servicios enfocados en la persona. Hay más información disponible en https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/redesign/community_first_choice_option.htm.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Consejero acreditado de Alcoholismo y Abuso de Sustancias (CASAC): Consejero acreditado de Alcoholismo y Abuso de Sustancias según lo definido por OASAS en 14 NYCRR Parte 853.

Defensor Paritario de Recuperación Certificado – Familia: Especialista en apoyo de pares certificado por OASAS con capacitación y designación especial “Familiar”.

Defensor Paritario de Recuperación Certificado – Jóvenes: Especialista en apoyo de pares certificado por OASAS con capacitación y designación especial para “jóvenes”.

Evaluación de Necesidades y Fortalezas de Niños y Adolescentes – New York (CANS-NY): Herramienta validada, estructurada, de evaluación de niños/jóvenes compuesta de dominios relevantes para determinar las fortalezas y necesidades de un niño/joven y una familia. Esta herramienta se utiliza para ayudar con la coordinación de la atención para los miembros inscritos en Health Homes. El CANS-NY también se usará para determinar la elegibilidad de HCBS de ciertas poblaciones de niños y jóvenes. Para obtener información más detallada sobre la elegibilidad, consulte los Adjuntos A y B.

Niño/adolescente/joven: Personas menores de 21 años.

Equipo de Rediseño de Medicaid para Niños: Un subcomité del MRT encargado por el Gobernador Andrew Cuomo en un esfuerzo por reestructurar el programa de Medicaid. El subcomité de Niños participó en el desarrollo y diseño de las iniciativas de MRT para niños. Para obtener más información, visite: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/redesign/behavioral_health/children/child_mrt.htm.

Episodio de cuidados continuos infantiles: Un curso de salud ambulatoria o tratamiento de salud conductual, que no sean servicios ambulatorios de desintoxicación y abstinencia, que comenzó antes de la fecha de entrada en vigencia de la inclusión de beneficios ampliados para niños en la cual se prestó un servicio conforme a NY OMH 0296.R03.00), Puentes de New York para la salud para los niños con exención por trastornos emocionales graves (0469.R01.00), Puentes de New York para la salud para los niños con exención por incapacidades del desarrollo (0470.R01.00), Puentes de New York para la salud para niños que son médicamente frágiles (0471.R01.00) o NY Care at Home I/II (4125.R04.00). Las exenciones se han brindado por lo menos dos veces durante los seis meses anteriores a la fecha de inclusión de beneficios ampliados para niños por el mismo proveedor a un afiliado menor de 21 años para el tratamiento de la misma condición de salud relacionada a la salud mental.

Servicios de Especialidades para Niños: Servicios para tratar problemas de salud mental, salud física y/o abuso de sustancias que incluyen: Detección precoz periódica, servicios de diagnóstico y tratamiento y salud y salud del comportamiento; servicios como se define en 18 NYCRR Parte 507 y autorizados por el Estado para ser proporcionados por proveedores de tratamiento designados de conformidad con las normas y reglamentos del Estado para personas menores de 21 años; y Servicios basados en el hogar y la comunidad para niños.

92 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros **1-800-493-4647**, TTY 711
(Para crisis de salud mental/uso de sustancias, oprima 8)

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Colateral: Una persona que es miembro de la familia u hogar del niño/joven, u otra persona que regularmente interactúa con el niño/joven y que está directamente afectada por o tiene la capacidad de afectar su condición y se identifica en el plan de tratamiento de como tener un papel en ese tratamiento y/o es necesario para la participación en la evaluación y evaluación del niño/joven.

Trauma complejo: Trauma complejo es una condición de elegibilidad para Health Home y es parte de los criterios del objetivo de LON para HCBS para la población de traumatismos complejos por abuso, negligencia y maltrato o salud en el hogar. La definición de trauma complejo se desarrolló en asociación con la administración de servicios de abuso de sustancias y salud mental (SAMHSA) y la red nacional de estrés traumático infantil (NCTSN), www.nctsn.org. La definición de trauma complejo es la siguiente:

- A. El término Trauma Complejo incorpora por lo menos a:
 - i. infantes/niños/adolescentes expuestos a múltiples eventos traumáticos, a menudo de una naturaleza invasiva e interpersonal, [1] y ii) la exposición al impacto de largo alcance y amplios efectos.
- B. La naturaleza de los eventos traumáticos:
 - i. A menudo severos y profundos como el abuso o la negligencia total;
 - ii. Usualmente se inicia en la vida temprana;
 - iii. Puede causar anormalidades en el desarrollo del niño y en la formación de un sentido saludable de sí mismo (con autorregulación, funcionamiento ejecutivo, autopercepciones, etc.);
 - iv. A menudo ocurren en el contexto de la relación del niño con un cuidador; y
 - v. Puede interferir con la capacidad del niño para formar un vínculo de apego seguro, que se considera un requisito previo para un funcionamiento social y emocional saludable.
- C. Muchos aspectos del desarrollo físico y mental saludable de un niño dependen de este apego seguro, una fuente primaria de seguridad y estabilidad.
- D. Los efectos adversos de amplio alcance y largo plazo pueden incluir deficiencias en:
 - i. Respuestas fisiológicas y neuro-desarrollo relacionado,
 - ii. Respuestas emocionales,
 - iii. Procesos cognitivos que incluyen la capacidad de pensar, aprender y concentrarse
 - iv. Control de impulsos y otro comportamiento de autorregulación,
 - v. Auto-imagen,
 - vi. Relaciones con otros, y
 - vii. Disociación.

En el sitio de internet del Departamento de Salud se pueden encontrar información, herramientas y formularios complejos acerca del trauma (incluyendo los formularios de Exposición de Trauma complejo, Evaluaciones y Determinación de Elegibilidad).

¿Tiene preguntas? Llame a Servicios para Miembros **1-800-493-4647**, TTY **711** 93
(Para crisis de salud mental/uso de sustancias, oprima 8)

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Servicios ordenados por la corte: Servicios que el Plan debe proporcionar a los afiliados conforme a órdenes de la corte de jurisdicción competente, siempre y cuando dichos servicios ordenados estén dentro del paquete de beneficios del Plan y sean reembolsables bajo el Título XIX de la Ley Federal de Seguridad Social, SSL 364-j(4)(r).

Plan de crisis: Una herramienta utilizada por los proveedores para niños/jóvenes para ayudar a: reducir o manejar los síntomas relacionados con la crisis; promoviendo comportamientos saludables; abordar las medidas de seguridad; y/o prevenir o reducir el riesgo de daño o disipación de situaciones peligrosas. El niño/joven/familia serán participantes activos en el desarrollo del plan de crisis. Con el consentimiento de la familia, el plan de crisis puede compartirse con los contactos colaterales que también trabajan con ese niño/joven/familia que podría brindar apoyo o intervención en caso de crisis en el futuro. Compartir el plan de crisis ayuda a promover el conocimiento y la capacidad de los futuros proveedores de apoyar las estrategias implementadas por el niño/joven/familia.

Conocimientos culturales: Un entendimiento y aceptación de las diferencias culturales, un conocimiento de los valores culturales individuales, una comprensión de cómo las diferencias individuales afectan a los que participan en el proceso de ayuda, un conocimiento básico sobre la cultura del cliente, el conocimiento del entorno del cliente y la capacidad de adaptar las habilidades de práctica para adaptarse al contexto cultural individual o familiar.

Días: Se refiere a los días calendario excepto si se indica de otra manera.

Demostración: Los cuatro servicios de demostración de BH ya incluidos en la demostración 1115 en los cuidados administrados y se ampliarán en los niños inscritos en la atención administrada:

- Servicios de adicción a pacientes ambulatorios,
- Servicios residenciales de adicción,
- Practicantes de salud conductual con licencia, e
- Intervención de crisis.

Departamento de Salud (Department of Health) – DOH:

http://www.health.ny.gov/health_care/managed_care/

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Discapacidad del desarrollo: Un niño que tiene un DD definido por OPWDD que: Es atribuible a discapacidad intelectual, parálisis cerebral, epilepsia, deterioro neurológico, disautonomía familiar o autismo; es atribuible a cualquier otra condición que se encuentre estrechamente relacionada con la discapacidad intelectual porque dicha condición da como resultado un deterioro similar del funcionamiento intelectual general o del comportamiento adaptativo de las personas con discapacidad intelectual o requiere tratamiento y servicios similares a los requeridos para tales niños; es atribuible a la dislexia resultante de una discapacidad descrita anteriormente; originado antes de que el niño cumpla 22 años; ha continuado o se puede esperar que continúe indefinidamente; y constituye una desventaja sustancial para la capacidad de ese niño para funcionar normalmente en la sociedad.

Puntos prominentes del desarrollo: Marcadores durante toda la vida que generalmente se evalúan durante toda la infancia. Estas marcadores incluyen habilidades físicas, emocionales, cognitivas, sociales y de comunicación.

Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos – EPSDT: Brinda servicios integrales y preventivos de atención médica para niños menores de 21 años que están inscritos en Medicaid. EPSDT es clave para garantizar que los niños y adolescentes reciban servicios preventivos, dentales, de salud mental, de desarrollo y especializados apropiados.

Proveedores de salud conductual esenciales de la comunidad: Los proveedores esenciales de salud conductual de la comunidad incluyen los siguientes:

- A. Proveedores de servicios ambulatorios de salud mental operados por el Estado, proveedores de servicios;
- B. Proveedores operados por el Estado de servicios basados en el hogar y la comunidad para la salud conductual; y
- C. Programas de tratamiento de opioides;
- D. Clínicas ambulatorias autorizadas por OMH con licencia para niños de 0 a 5 años;
- E. Programas integrales de emergencia psiquiátrica que prestan servicios a los niños;
- F. Los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados de OMH para niños ubicados dentro de hospitales con licencia según el Artículo 28 de la Ley de Salud Pública del Estado de New York; y
- G. Hospitales designados bajo la Ley de Higiene Mental § 9.39 sirviendo a los niños.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Práctica basada en evidencia (EBP): El Instituto de Medicina (IOM) define “práctica basada en evidencia” como una combinación de los siguientes tres factores: (1) mejor evidencia de investigación, (2) mejor experiencia clínica, y (3) consistente con valores del paciente.* Estos factores también son relevantes para el bienestar del niño. El estado ha adoptado la definición de IOM para la EBP con una ligera variación que incorpora el lenguaje de bienestar infantil: la mejor evidencia de investigación, la mejor experiencia clínica y consistente con los valores de la familia/cliente. Esta definición se basa en una base de investigación científica, al mismo tiempo que honra la experiencia clínica de los profesionales de bienestar infantil y es plenamente consciente de los valores de las familias atendidas.

* Institute of Medicine, 2001. **Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century.** Washington, DC: National Academy Press

Familia: La familia se define como la unidad de atención primaria e incluye la gran diversidad de unidades de atención primaria en nuestra cultura. La familia es una unidad de personas de nacimiento, de crianza temporal, adoptiva o de creación propia que residen juntas, con un apego significativo al individuo, que consiste en adultos y/o niños, con adultos que realizan tareas de paternidad/cuidado para el niño(s) incluso si el individuo vive fuera del hogar.

Miembro de la familia: Padre, abuelo, hermano, tía, tío, etc. que es biológico, de crianza/adoptivo o que se invierte en el cuidado del niño/joven.

Family of One (Familia de uno): Una frase comúnmente utilizada para describir a un niño que se vuelve elegible para Medicaid a través del uso de las reglas de elegibilidad institucionales para ciertas personas médicamente necesitadas. Estas reglas permiten una metodología presupuestaria para que los niños cumplan con los criterios financieros de elegibilidad de Medicaid como una “familia de uno”, utilizando los ingresos propios del niño y sin tener en cuenta los ingresos de los padres.

Family Peer Advocate: Especialista en apoyo de pares certificado por OMH.

Primer Episodio de Psicosis (FEP): Los miembros con FEP son personas que han mostrado síntomas psicóticos sugestivos de esquizofrenia recientemente emergida. FEP generalmente ocurre en personas de 16 a 35 años. FEP incluye individuos cuya aparición de síntomas psicóticos ocurrió dentro de los dos años anteriores, que necesitan servicios de salud mental y que tienen un diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizo-afectivo, trastorno esquizofreniforme, trastorno psicótico no especificado (DSM-IV), u otro espectro de esquizofrenia especificado/no especificado y otro trastorno psicótico (DSM-5). La definición de FEP excluye a las personas cuyos síntomas psicóticos se deben principalmente a un trastorno del estado de ánimo o al uso de sustancias.

Conjunto de Datos e Información sobre la Efectividad de la Atención Médica (HEDIS): Conjunto de medidas de rendimiento utilizado en la industria de los cuidados administrados, desarrollado y mantenido por el Comité Nacional para la Garantía de la Calidad (NCQA).

Administración de atención Health Home: Health Home es un modelo de servicio de administración de atención para las personas inscritas en Medicaid con necesidades complejas de salud médica y/o conductual crónica. Los gerentes de atención médica domiciliaria brindan atención médica física y conductual integrada, enfocada en la persona, administración de atención de transición y apoyos comunitarios y sociales para mejorar los resultados de salud de los miembros de Medicaid de alto costo y alta necesidad con afecciones crónicas.

En abril de 2016, el estado de New York recibió la aprobación de CMS para expandir y adaptar el modelo Health Home para atender a niños menores de 21 años a partir del otoño de 2016. Según la definición e implementación del Plan estatal de Medicaid, la administración de atención médica Health Home incluye las seis funciones principales y la provisión de los planes de cuidado requeridos para HCBS. Las seis funciones principales incluyen:

- Administración integral de la atención
- Coordinación de atención y promoción de la salud
- Cuidado de transición integral
- Inscripción y apoyo familiar
- Referencia a los apoyos comunitarios y sociales
- Uso de tecnología de información de salud para vincular a los servicios

Todos los niños que reciben HCBS son elegibles para la administración de atención Health Home bajo la enmienda 1115 de exención MRT para niños, además de los niños elegibles para Health Home, según el Plan estatal de Medicaid. Para los niños que optan por no participar en Health Homes, el plan o una entidad designada por el estado para niños inscritos en FFS llevará a cabo la evaluación de HCBS, el plan de cuidado (POC) y el monitoreo continuo del POC.

Entorno del hogar o comunitario: Es el entorno en donde el niño reside o pasa la mayoría del tiempo, siempre que no se trate de un centro de enfermería hospitalaria, un centro de cuidados intermedios (ICF) o un centro de enfermería psiquiátrica. Nota: Esto es diferente de un HCBS. Los servicios del Plan estatal, incluidos los nuevos servicios EPSDT OLP y Rehabilitación, así como los Servicios clínicos, no tienen que cumplir con la regla de configuración de HCBS, 42 CFR 441.301 y 530.

Configuración clasificada para pacientes hospitalizados: Niveles de atención de 24 horas compensables de Medicaid que el estado de New York ha clasificado como pacientes hospitalizados, incluidos, entre otros, centros de internación psiquiátrica aguda, RTF psiquiátricos y RRSY para dependencia de sustancias químicas.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Nivel de cuidados como referencia para el tratamiento de alcohol y drogas (LOCADTR): OASAS desarrolla y actualiza LOCADTR, según corresponda y es la herramienta de LOC clínica que evalúa la intensidad y la necesidad de los servicios para una persona con un SUD. Se utilizará para tomar todas las decisiones LOC iniciales y en curso en el Estado de New York. Para obtener más información, visite: <https://oasas.ny.gov/treatment>.

Practicante con licencia de las Artes de la Salud (LPHA): Un profesional individual con licencia que ejerce dentro de los límites de su licencia estatal, que incluyen a: doctor, psiquiatra, psicoanalista licenciado, enfermera profesional registrada, enfermera practicante, especialista clínico de enfermería, trabajador social clínico autorizado (LCSW), Terapeuta Matrimonial y Familiar con Licencia, Consejero de Salud Mental Licenciado, Psicólogo Licenciado, Trabajador Social Maestro Licenciado (LMSW), Especialista en Enfermería Clínica y Asistentes de doctores. El profesional con licencia es responsable de garantizar que el diagnóstico, la recomendación, la derivación, la supervisión y/o el cuidado brindados estén dentro de su ámbito de práctica conforme a la ley estatal vigente.

Departamento local de servicios sociales (LDSS): Cada condado tiene un LDSS que proporciona o administra la gama completa de servicios sociales financiados con fondos públicos y programas de asistencia en efectivo. En New York, estos departamentos se denominan Administración de Recursos Humanos y Administración de Servicios para Niños.

Organización de Administración de Cuidados de Medicaid (MMCO): MCO certificadas por el estado de New York para administrar los servicios de salud y BH para los beneficiarios de Medicaid que no son elegibles para Medicare. Los MMCO también incluyen planes de necesidades especiales para el VIH (VIH SNP).

Organización de atención administrada de Medicaid (MMCO): MCO certificadas por el estado de New York para administrar los servicios de salud y BH para los beneficiarios de Medicaid que no son elegibles para Medicare. Los MMCO también incluyen planes de necesidades especiales para el VIH (VIH SNP).

Niños médicamente frágiles: La Oficina de Programas de Seguro Médico del Estado de New York (OHIP) históricamente ha definido a Niños Médicamente Frágiles a niños que tienen una afección o afecciones debilitantes crónicas, que pueden o no estar hospitalizados o institucionalizados, y cumplen uno o más de los siguientes criterios: son tecnológicamente dependiente para las funciones de mantenimiento de la vida o la salud; requieren un régimen de medicamentos complejo o intervenciones médicas para mantener o mejorar su estado de salud; o necesitan una evaluación o intervención continua para evitar el deterioro grave de su estado de salud o complicaciones médicas que ponen en riesgo su vida, su salud o su desarrollo.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Las afecciones debilitantes crónicas incluyen, pero no se limitan a: Displasia broncopulmonar, parálisis cerebral, enfermedad cardíaca congénita, microcefalia, hipertensión pulmonar y distrofia muscular. Todos los planes de salud deben cumplir con los requisitos de MFC para cualquier niño de MFC.

Población de nivel de cuidados para los medicamento frágiles (LOC): Un niño menor de 21 años con una discapacidad física documentada según los protocolos de demostración estatales. Una LPHA que tiene la capacidad de diagnosticar dentro de su alcance de práctica bajo la ley estatal ha determinado por escrito que el niño, en ausencia de HCBS, corre el riesgo de ser institucionalizado. La LPHA ha presentado documentación clínica escrita para respaldar la determinación. El niño ha recibido una evaluación personal y cumple con los criterios de admisión a un hospital o centro de enfermería. El niño es elegible para recibir los servicios de LOC HCBS, incluidos los servicios de CFCO, si se cumplen los requisitos de CFCO.

Necesidad médica: La ley de New York define “atención, servicios y suministros médicos, dentales y correctivos medicamento necesarios” en el programa Medicaid como aquellos “necesarios para prevenir, diagnosticar, corregir o curar afecciones en la persona que causan sufrimiento agudo, ponen en peligro vida, resultar en enfermedad o enfermedad, interferir con la capacidad de dicha persona para la actividad normal, o amenazar con una discapacidad significativa y que se le proporciona a una persona elegible de acuerdo con la ley estatal” (NY Soc. Serv. Law, § 365-a).

Ley de Equidad de Salud Mental y Adicción (MHPAEA): * La Ley de Igualdad de Adicción y Paridad de Salud Mental de Paul Wellstone y Pete Domenici de 2008 (MHPAEA) es una ley federal que generalmente impide planes de salud grupales y emisores de seguro de salud mental o SUD beneficios de imponer limitaciones de beneficios menos favorables sobre esos beneficios que sobre los beneficios médicos/quirúrgicos. En marzo de 2016, el CMS publicó la regla final que aborda la aplicación de ciertos requisitos establecidos en MHPAEA a la cobertura ofrecida por MMCO, planes de beneficios alternativos de Medicaid y programas de seguro de salud para niños.

<https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2016-03-30/pdf/2016-06876.pdf>

* https://www.cms.gov/CCIIO/Programs-and-Initiatives/Other-Insurance-Protections/mhpaea_factsheet.html

Apoyos naturales: Los apoyos naturales son individuos y recursos informales a los que una familia/cuidador puede acceder, independientemente de los servicios formales. Estos apoyos son una fuente importante de apoyo emocional culturalmente relevante y amistades afectuosas para niños y familias. Los apoyos naturales pueden ser a corto o largo plazo y generalmente son sostenibles y están disponibles para el niño y la familia/cuidador después de que los servicios formales hayan finalizado. Los apoyos naturales pueden incluir, entre otros, miembros de la familia, amigos, vecinos, clérigos y otros conocidos.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Profesional de la salud conductual con licencia sin ser doctor (NP-LBHP): Los NP-LBHP incluyen individuos con licencia y capaces de practicar de forma independiente para los que se autoriza el reembolso en la sección de Otros Profesionales con Licencia del Plan estatal de Medicaid. Los NP-LBHP no médicos incluyen: psicoanalistas con licencia, LCSW, terapeutas matrimoniales y familiares con licencia y consejeros de salud mental con licencia. Los NP-LBHP también incluyen a las siguientes personas con licencia para ejercer bajo la supervisión o dirección de un LCSW, un Psicólogo Licenciado o un Psiquiatra: LMSW. Nota: Los psiquiatras, asistentes médicos con licencia, doctores con licencia, psicólogos y enfermeras practicantes con licencia son profesionales con licencia, pero no reciben el nombre de NP-LBHP.

Oficina de Servicios y Ayuda en Adicciones (Office on Addiction Services and Supports) – OASAS: <https://oasas.ny.gov/>

Oficina de Servicios para Niños y Familia (Office of Children and Family Services) – OCFS: <http://ocfs.ny.gov/main/>

Oficina de Salud Mental (Office of Mental Health) – OMH: <https://www.omh.ny.gov/omhweb/about/>

Oficina para las Personas con Discapacidades del Desarrollo (Office for People With Developmental Disabilities) – OPWDD: <https://www.opwdd.ny.gov>

Atención enfocada en la persona: Servicios dirigidos por la familia, guiados por los jóvenes y que reflejan los objetivos del niño y la familia y enfatizan los enfoques compartidos de toma de decisiones que le dan poder de decisión a las familias, brindan opciones y minimizan el estigma. Los servicios deben estar diseñados para tratar enfermedades de manera óptima, mejorar los resultados clínicos y psicosociales y enfatizar el bienestar y la atención al bienestar general de la familia y la inclusión total de la comunidad del niño.

Plan: El MMCO.

Plan de Cuidados (POC): El plan escrito que describe el tipo, el nivel y la duración de los servicios y la atención necesarios para tratar las necesidades evaluadas para niños/jóvenes.

Cuidados preventivos: La atención o los servicios prestados para evitar una enfermedad/enfermedad y/o sus consecuencias. Hay tres niveles de cuidados preventivos: primario, como inmunizaciones, destinado a prevenir enfermedades; secundario, como programas de detección de enfermedades dirigidos a la detección temprana de enfermedades; y terciario, como la fisioterapia, cuyo objetivo es restaurar la función después de que ha ocurrido la enfermedad. Comúnmente, el término “Cuidados preventivos” se usa para designar programas de prevención y detección temprana en lugar de programas de tratamiento.

100 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros **1-800-493-4647**, TTY **711**
(Para crisis de salud mental/uso de sustancias, oprima 8)

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Acuerdo del proveedor: Cualquier contrato escrito entre el Plan y un proveedor de servicios participante para proporcionar atención médica y/o servicios a los afiliados del Plan.

Orientación a la recuperación: Los servicios deben proporcionarse de acuerdo al principio que todas las personas tienen la capacidad de recuperarse de una enfermedad mental y/o SUD. Específicamente, los servicios apoyan la adquisición de habilidades de vida, vocacionales y sociales y se ofrecen en entornos domésticos y comunitarios que promueven la esperanza y alientan a cada persona a establecer un camino individual hacia la recuperación.

Consortio de planificación regional (RPC): Un consorcio de planificación regional de salud conductual, compuesto por la unidad o unidades de gobierno local en cada región, representantes de proveedores de servicios de salud mental y trastorno de consumo de sustancias, sistema de bienestar infantil, compañeros, familias, hogares de salud y MCOs. El RPC colabora estrechamente con las agencias estatales para orientar las políticas relacionadas a la administración de cuidados por Medicaid en la región, a resolver problemas de entrega de servicios regionales y a recomendar temas de capacitación para proveedores.

Poder de recuperación: El principio de que los niños/jóvenes tienen cualidades que los equipan y/o pueden fortalecerse para ayudarlos a superar los efectos de la adversidad o el trauma y ayudarlos a sobrellevar, sobrevivir e incluso prosperar.

Trastorno Emocional Grave (SED): El diagnóstico de enfermedad mental designado de acuerdo con la última edición del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) para un niño o adolescente que ha experimentado limitaciones funcionales debido a trastornos emocionales en los últimos 12 meses, de manera continua o intermitente. Las limitaciones funcionales deben ser moderadas al menos en dos de las siguientes áreas o en severidad al menos una de las siguientes áreas:

- A. Capacidad de cuidarse a sí mismo (por ejemplo, higiene personal, obtener y comer alimentos, vestirse, evitar lesiones); o
- B. Vida familiar (por ejemplo, la capacidad de vivir en un entorno familiar o familiar, las relaciones con los padres o los padres sustitutos, los hermanos y otros parientes, el comportamiento en el entorno familiar); o
- C. Relaciones sociales (por ejemplo, establecer y mantener amistades, interacciones interpersonales con compañeros, vecinos y otros adultos, habilidades sociales, cumplimiento de normas sociales, juego y uso apropiado del tiempo libre); o
- D. Autodirección/autocontrol (por ejemplo, capacidad de mantener la atención enfocada durante un período de tiempo suficientemente largo para permitir la realización de tareas apropiadas para la edad, autocontrol conductual, juicio adecuado y sistemas de valores, capacidad de toma de decisiones); o
- E. Capacidad de aprender (por ejemplo, rendimiento escolar y asistencia, lenguaje receptivo y expresivo, relaciones con los maestros, comportamiento en la escuela).

¿Tiene preguntas? Llame a Servicios para Miembros **1-800-493-4647**, TTY **711 101**
(Para crisis de salud mental/uso de sustancias, oprima 8)

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Para ser elegible para Health Home debido a SED, en donde SED es una condición crónica única calificada para Health Home y se define como un niño o adolescente (menor de 21 años de edad) que tiene un diagnóstico designado de enfermedad mental en las siguientes categorías DSM según lo definido por la versión más reciente del DSM de Trastornos Mentales y ha experimentado las siguientes limitaciones funcionales debido a trastornos emocionales en los últimos 12 meses (desde la fecha de la evaluación) de forma continua o intermitente.

Categorías de salud mental que califican para DSM:

- Espectro de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
- Trastornos bipolares y relacionados
- Trastornos depresivos
- Desórdenes de ansiedad
- Trastornos obsesivos-compulsivos y relacionados
- Trastornos relacionados con el trauma y el estrés
- Trastornos disociativos
- Síntoma somático y trastornos relacionados
- Trastornos de alimentación y nutrición
- Disforia de género
- Desórdenes disruptivos, de control de impulsos y de conducta
- Desórdenes de personalidad
- Desórdenes parafilícos

Requisitos de limitaciones funcionales para la definición SED de Health Home: Para cumplir con la definición de SED for Health Home, el niño debe haber experimentado las siguientes limitaciones funcionales debido a trastornos emocionales en los últimos 12 meses (desde la fecha de evaluación) en forma continua o intermitente:

- Capacidad de cuidarse a sí mismo (por ejemplo, higiene personal, obtener y comer alimentos, vestirse, evitar lesiones); o
- La vida familiar (por ejemplo, la capacidad de vivir en un entorno familiar o familiar, las relaciones con los padres, o los padres sustitutos, los hermanos y otros parientes, el comportamiento en el entorno familiar); o
- Relaciones sociales (por ejemplo, establecer y mantener amistades, interacciones interpersonales con compañeros, vecinos y otros adultos, habilidades sociales, cumplimiento de normas sociales, juego y uso apropiado del tiempo libre); o

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

- Autodirección/autocontrol (por ejemplo, capacidad para mantener la atención enfocada durante un período de tiempo lo suficientemente largo como para permitir la realización de tareas apropiadas para la edad, autocontrol del comportamiento, juicio adecuado y sistemas de valores, capacidad de toma de decisiones); o
- Capacidad de aprender (por ejemplo, rendimiento escolar y asistencia, lenguaje receptivo y expresivo, relaciones con los profesores, comportamiento en la escuela).

https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/medicaid_health_homes/docs/4_29_2015_children_webinar.pdf (p. 16 and 17)

Acuerdo de Caso Único (SCA): Un acuerdo entre un proveedor no contratado y el MMCO con el cual se reembolsa al proveedor por la atención del caso de un niño específico.

Fecha de inicio: La fecha en que el Plan comenzará a brindar los servicios de salud descritos en este documento.

Trastorno por uso de sustancias (SUD): El diagnóstico de un SUD es un patrón patológico de conductas relacionadas con el uso de una sustancia. El diagnóstico de SUD se basa en los criterios definidos en el DSM y se puede aplicar a las diez clases de medicamentos, incluidos: alcohol; cannabis; alucinógenos; inhalantes; opioides; sedantes, hipnóticos, ansiolíticos; estimulantes; tabaco; y otras sustancias (o desconocidas).

Enseñanza de hogar familiar: Un hogar que ofrece padres docentes especialmente capacitados que brindan atención individualizada para hasta cuatro niños/adolescentes con SED a la vez haciéndolo en un ambiente familiar.

Jóvenes en transición (TAY): Individuos menores de 23 años de edad que hacen la transición al sistema para adultos desde cualquier programa para niños con licencia, certificado o financiado por OMS, OASAS u OCFS. Esto también incluye a personas menores de 23 años que realizan la transición de las escuelas estatales de educación 853 (estas son operadas por agencias privadas y brindan programas diurnos y/o residenciales para estudiantes con discapacidades).

Trauma: Afecta la sensación de seguridad del niño, la capacidad de regular las emociones y la capacidad de relacionarse bien con los demás. El trauma se define como la exposición a un único evento severamente angustiante o eventos traumáticos múltiples, crónicos o prolongados como un niño o adolescente que a menudo es de naturaleza invasiva e interpersonal.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Información sobre trauma: Los servicios de información sobre trauma se basan en la comprensión de las vulnerabilidades o factores desencadenantes experimentados por sobrevivientes de trauma que pueden agravarse a través de enfoques de prestación de servicios tradicionales para que estos servicios y programas puedan ser modificados para brindar mayor apoyo y evitar la repetición traumática. Todos los programas deben comprometer a todas las personas con el supuesto de que ha ocurrido un trauma dentro de sus vidas (SAMHSA, 2014).

Plan de tratamiento: Un plan de tratamiento describe la condición y los servicios del niño que serán necesarios para ese Episodio de cuidados, detallando las prácticas que se proporcionarán, el resultado esperado y la duración esperada del tratamiento para cada proveedor. El plan de tratamiento debe ser culturalmente relevante, informe del trauma y enfocado en la persona.

Agencia de Crianza Voluntaria Temporal para los Cuidados (Voluntary Foster Care Agency) – VFCA): Una agencia de crianza temporal responsable de la custodia temporal y el cuidado de niños/jóvenes colocados en hogares de guardianes ya sea por orden de la corte (involuntariamente) o porque sus padres están dispuestos a que se los cuide temporalmente fuera del hogar (voluntariamente). Hasta el mes de diciembre de 2016, había 93 VFCA operando en el estado de New York.

Avisos del plan de salud sobre las prácticas de privacidad

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

Vigente a partir del 1.º de enero de 2019.

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

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

Por ley, debemos respetar los términos de este aviso.

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

Cómo usamos o compartimos su información

Debemos usar y divulgar su información médica con:

- Usted o su representante legal
- Agencias gubernamentales

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

- **Para recibir un pago.** Podemos usar o compartir su información médica para procesar pagos de primas y reclamaciones. Esto puede incluir la coordinación de beneficios.
- **Para tratamiento o administración de la atención.** Podemos compartir su información médica con sus proveedores para ayudar con su atención.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

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

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

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

106 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros **1-800-493-4647**, TTY **711**
(Para crisis de salud mental/uso de sustancias, oprima 8)

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

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

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

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos.

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

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Cómo usar sus derechos

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

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

¹ Este Aviso sobre prácticas de privacidad de información médica se aplica a los siguientes planes de salud que están afiliados a UnitedHealth Group: AmeriChoice of New Jersey, Inc.; Arizona Physicians IPA, Inc.; Care Improvement Plus South Central Insurance Company; Care Improvement Plus of Texas Insurance Company; Care Improvement Plus Wisconsin Insurance; Health Plan of Nevada, Inc.; Optimum Choice, Inc.; Oxford Health Plans (NJ), Inc.; Physicians Health Choice of Texas LLC; Preferred Care Partners, Inc.; Rocky Mountain Health Maintenance Organization, Inc.; Symphonix Health Insurance, Inc.; UnitedHealthcare Benefits of Texas, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of California, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Texas, L.L.C.; UnitedHealthcare Community Plan, Inc.; UnitedHealthcare Insurance Company; UnitedHealthcare Insurance Company of River Valley; UnitedHealthcare of Alabama, Inc.; UnitedHealthcare of Florida, Inc.; UnitedHealthcare of Kentucky, Ltd.; UnitedHealthcare of Louisiana, Inc.; UnitedHealthcare of the Mid-Atlantic, Inc.; UnitedHealthcare of the Midlands, Inc.; UnitedHealthcare of the Midwest, Inc.; UnitedHealthcare of Mississippi, Inc.; UnitedHealthcare of New England, Inc.; UnitedHealthcare of New Mexico, Inc.; UnitedHealthcare of New York, Inc.; UnitedHealthcare of Pennsylvania, Inc.; UnitedHealthcare of Washington, Inc.; UnitedHealthcare of Wisconsin, Inc.; UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc. Esta lista de planes de salud se completa a partir de la fecha de vigencia de este aviso. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, vaya a: www.uhc.com/es/privacy/entities-fn-v2-es o llame al número que figura en su tarjeta de identificación del plan de salud.

¿Tiene preguntas? Llame a Servicios para Miembros **1-800-493-4647**, TTY **711** 109
(Para crisis de salud mental/uso de sustancias, oprima 8)

[Tabla de contenido](#)

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Aviso de privacidad de la información financiera

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

Vigente a partir del 1.º de enero de 2019.

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

Información que recopilamos

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

Divulgación de la información financiera

Solo compartiremos información financiera según lo permita la ley.

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

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

Confidencialidad y seguridad

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

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Preguntas sobre este aviso

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

² Para los propósitos de este Aviso de privacidad de la información financiera, “nosotros” o “nos” se refiere a las entidades que aparecen enumeradas en la nota al pie de la página 1, desde la última página de Avisos del plan de salud sobre las prácticas de privacidad, además de las siguientes filiales de UnitedHealthcare: AmeriChoice Health Services, Inc.; CNIC Health Solutions, Inc.; Dental Benefit Providers, Inc.; gethealthinsurance.com Agency, Inc.; Golden Outlook, Inc.; HealthAllies, Inc.; Lifestrip East, Inc.; Lifestrip Health, Inc.; MAMSI Insurance Resources, LLC; Managed Physical Network, Inc.; OneNet PPO, LLC; OptumHealth Care Solutions, Inc.; Optum Women’s and Children’s Health, LLC; OrthoNet, LLC; OrthoNet of the Mid-Atlantic, Inc.; OrthoNet West, LLC; OrthoNet of the South, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; POMCO Network, Inc.; POMCO of Florida, Ltd.; POMCO West, Inc.; POMCO, Inc.; Spectera, Inc.; UMR, Inc.; Unison Administrative Services, LLC; United Behavioral Health; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Services LLC; y UnitedHealthcare Services Company of the River Valley, Inc. Este Aviso de privacidad de la información financiera solo tiene vigencia donde se requiere por ley. Específicamente, no se aplica para (1) productos de seguros médicos en Nevada ofrecidos por Health Plan of Nevada, Inc. y Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; u (2) otros planes de salud de UnitedHealth Group en estados que proveen excepciones. Esta lista de planes de salud se completa a partir de la fecha de vigencia de este aviso. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, vaya a: www.uhc.com/es/privacy/entities-fn-v2-es o llame al número que figura en su tarjeta de identificación del plan de salud.

