



Virginia



# Bienvenido a la comunidad

**Commonwealth of Virginia**

**Departamento de Servicios de Asistencia Médica  
(Department of Medical Assistance Services)**

**Commonwealth Coordinated Care Plus Program**

Efectivo el 1 de diciembre 2021

**United  
Healthcare  
Community Plan**



---

# Dónde encontrar información

|                                                                                                  |                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| Números de teléfono importantes . . . . .                                                        | <a href="#">10</a>        |
| Ayuda en otros idiomas o formatos alternativos . . . . .                                         | <a href="#">11</a>        |
| <b>1. Commonwealth Coordinated Care Plus (CCC Plus) . . . . .</b>                                | <b><a href="#">14</a></b> |
| Bienvenido a UnitedHealthcare Community Plan . . . . .                                           | <a href="#">14</a>        |
| Como emplear este manual . . . . .                                                               | <a href="#">14</a>        |
| Para empezar . . . . .                                                                           | <a href="#">15</a>        |
| Otra información que le enviaremos . . . . .                                                     | <a href="#">17</a>        |
| Tarjeta de identificación como Miembro de UnitedHealthcare<br>Community Plan . . . . .           | <a href="#">17</a>        |
| Directorio de Proveedores y Farmacias . . . . .                                                  | <a href="#">18</a>        |
| <b>2. Qué es Commonwealth Coordinated Care Plus . . . . .</b>                                    | <b><a href="#">19</a></b> |
| Cómo puede usted ser elegible para ser un miembro de CCC Plus . . . . .                          | <a href="#">19</a>        |
| Inscripción a CCC Plus . . . . .                                                                 | <a href="#">20</a>        |
| Razones por las cuales usted no podría ser elegible para<br>participar en CCC Plus . . . . .     | <a href="#">20</a>        |
| ¿Qué pasa si estoy embarazada? . . . . .                                                         | <a href="#">21</a>        |
| Cobertura para recién nacidos de madres cubiertas por CCC Plus . . . . .                         | <a href="#">21</a>        |
| Elegibilidad para Medicaid . . . . .                                                             | <a href="#">22</a>        |
| Para escoger o cambiar su plan de salud . . . . .                                                | <a href="#">22</a>        |
| Asignación del plan de salud . . . . .                                                           | <a href="#">22</a>        |
| Usted puede cambiar su plan de salud a través de la Línea de<br>Asistencia de CCC Plus . . . . . | <a href="#">23</a>        |
| Re-inscripción automática . . . . .                                                              | <a href="#">24</a>        |
| Área de servicio de UnitedHealthcare Community Plan . . . . .                                    | <a href="#">24</a>        |
| Si usted tiene Medicare y Medicaid . . . . .                                                     | <a href="#">25</a>        |
| Usted puede escoger el mismo plan de salud para Medicare y Medicaid . . . . .                    | <a href="#">26</a>        |
| Cómo puede contactar al programa Medicare State Health Insurance<br>Assistance (SHIP) . . . . .  | <a href="#">27</a>        |

|                                                                                                                                                  |                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| <b>3. Cómo trabaja CCC Plus</b>                                                                                                                  | <b><u>28</u></b> |
| Cuáles son las ventajas de CCC Plus                                                                                                              | <u>28</u>        |
| Cuál es la ventaja por escoger a UnitedHealthcare Community Plan                                                                                 | <u>29</u>        |
| Política de transición de la atención: El período de continuidad de los cuidados                                                                 | <u>30</u>        |
| Si usted tiene otra cobertura                                                                                                                    | <u>31</u>        |
| <b>4. Su Coordinador de Cuidados</b>                                                                                                             | <b><u>32</u></b> |
| Cómo puede ayudar su Coordinador de Cuidados                                                                                                     | <u>32</u>        |
| Contactos para el transporte                                                                                                                     | <u>33</u>        |
| Qué es un examen de salud                                                                                                                        | <u>34</u>        |
| Qué es una Evaluación de los riesgos de salud                                                                                                    | <u>35</u>        |
| Qué es un plan de cuidados                                                                                                                       | <u>35</u>        |
| Cómo puede contactar a su Coordinador de Cuidados                                                                                                | <u>36</u>        |
| <b>5. Asistencia por Servicios para Miembros</b>                                                                                                 | <b><u>37</u></b> |
| Cómo contactar a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan                                                                      | <u>37</u>        |
| Cómo pueden brindar ayuda Servicios para Miembros                                                                                                | <u>38</u>        |
| Línea de Asesoría Médica disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana                                                                | <u>39</u>        |
| Línea de crisis para la salud del comportamiento las 24 horas del día, los 7 días de la semana                                                   | <u>40</u>        |
| Línea de Asesoramiento para servicios para el tratamiento de adicción y recuperación (ARTS) disponible 24 horas del día, los 7 días de la semana | <u>41</u>        |
| Si usted no habla inglés                                                                                                                         | <u>41</u>        |
| Si usted tiene una discapacidad y necesita asistencia para comprender información o trabajar con su Coordinador de Cuidados                      | <u>42</u>        |
| Si usted tiene preguntas acerca de su elegibilidad en Medicaid                                                                                   | <u>42</u>        |
| <b>6. Como obtener cuidados de salud y servicios</b>                                                                                             | <b><u>43</u></b> |
| Como obtener los cuidados de su Doctor de Atención Primaria                                                                                      | <u>43</u>        |
| Su Doctor de Atención Primaria                                                                                                                   | <u>43</u>        |
| Para escoger a su PCP                                                                                                                            | <u>44</u>        |
| Si usted tiene Medicare, infórmenos acerca de su PCP                                                                                             | <u>45</u>        |

|                                                                                                   |                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Si su PCP actual no se encuentra dentro de nuestra red . . . . .                                  | <a href="#">45</a> |
| Para cambiar de PCP . . . . .                                                                     | <a href="#">45</a> |
| Para obtener una cita con su PCP . . . . .                                                        | <a href="#">46</a> |
| Normas para las citas . . . . .                                                                   | <a href="#">46</a> |
| Cómo obtener cuidados de parte de proveedores dentro de la red . . . . .                          | <a href="#">47</a> |
| Normas del tiempo y distancia del viaje . . . . .                                                 | <a href="#">47</a> |
| Accesibilidad . . . . .                                                                           | <a href="#">48</a> |
| Visitas de telesalud . . . . .                                                                    | <a href="#">49</a> |
| ¿Cómo funcionan las visitas de telesalud? . . . . .                                               | <a href="#">49</a> |
| Telesalud para visitas relacionadas con las pruebas de COVID-19 . . . . .                         | <a href="#">49</a> |
| Visitas de telesalud para la salud mental . . . . .                                               | <a href="#">49</a> |
| Apoyo emocional por teléfono o aplicación móvil . . . . .                                         | <a href="#">50</a> |
| Plan incentivo para proveedores . . . . .                                                         | <a href="#">51</a> |
| ¿Qué son los “proveedores de la red”? . . . . .                                                   | <a href="#">51</a> |
| Conozca más acerca de los doctores dentro de la red . . . . .                                     | <a href="#">52</a> |
| ¿Qué son las “farmacias de la red”? . . . . .                                                     | <a href="#">52</a> |
| ¿Quiénes son los especialistas? . . . . .                                                         | <a href="#">52</a> |
| Si su proveedor abandona nuestro plan . . . . .                                                   | <a href="#">53</a> |
| Cómo puede obtener cuidados de parte de proveedores por fuera de la red . . . . .                 | <a href="#">54</a> |
| Cuidados de parte de proveedores fuera del Estado . . . . .                                       | <a href="#">55</a> |
| Los proveedores de la red no pueden enviarle facturas a usted directamente . . . . .              | <a href="#">55</a> |
| Si usted recibe una factura por servicios con cobertura . . . . .                                 | <a href="#">55</a> |
| Si usted recibe cuidados de proveedores por fuera de la red fuera de los Estados Unidos . . . . . | <a href="#">55</a> |

|                                                                                            |                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <b>7. Como obtener cuidados en emergencias . . . . .</b>                                   | <b><a href="#">56</a></b> |
| Qué es una emergencia . . . . .                                                            | <a href="#">56</a>        |
| Qué se hace en una emergencia . . . . .                                                    | <a href="#">56</a>        |
| Qué es una emergencia médica . . . . .                                                     | <a href="#">56</a>        |
| Qué es una emergencia de la salud del comportamiento . . . . .                             | <a href="#">57</a>        |
| Ejemplos de situaciones que no son emergencias . . . . .                                   | <a href="#">57</a>        |
| Si usted tiene una emergencia cuando se encuentra fuera del área de su domicilio . . . . . | <a href="#">57</a>        |

|                                                                                                                           |                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| Qué se cubre si usted tiene una emergencia . . . . .                                                                      | <a href="#">58</a>        |
| Notificación a UnitedHealthcare Community Plan acerca de su emergencia . . . . .                                          | <a href="#">58</a>        |
| Después de la emergencia . . . . .                                                                                        | <a href="#">58</a>        |
| Servicios de hospital . . . . .                                                                                           | <a href="#">59</a>        |
| Si usted es hospitalizado . . . . .                                                                                       | <a href="#">59</a>        |
| Y si no fue una emergencia medica . . . . .                                                                               | <a href="#">60</a>        |
| <b>8. Cómo obtener cuidados que se necesitan urgentemente . . . . .</b>                                                   | <b><a href="#">61</a></b> |
| Qué son los cuidados que se necesitan urgentemente . . . . .                                                              | <a href="#">61</a>        |
| <b>9. Cómo obtener sus medicamentos de receta . . . . .</b>                                                               | <b><a href="#">62</a></b> |
| Regulaciones para la cobertura de medicamentos para pacientes<br>ambulantes por UnitedHealthcare Community Plan . . . . . | <a href="#">62</a>        |
| Obteniendo sus medicamentos de receta surtidos . . . . .                                                                  | <a href="#">63</a>        |
| Usted puede empezar a usar sus beneficios de farmacia de inmediato . . . . .                                              | <a href="#">64</a>        |
| Copagos . . . . .                                                                                                         | <a href="#">66</a>        |
| Lista de medicamentos cubiertos . . . . .                                                                                 | <a href="#">66</a>        |
| Límites para la cobertura de algunos medicamentos . . . . .                                                               | <a href="#">67</a>        |
| Obteniendo aprobación por adelantado . . . . .                                                                            | <a href="#">67</a>        |
| Previas autorizaciones . . . . .                                                                                          | <a href="#">68</a>        |
| Tratando un medicamento diferente primero . . . . .                                                                       | <a href="#">68</a>        |
| Límites en las cantidades . . . . .                                                                                       | <a href="#">68</a>        |
| Suplementos de emergencia . . . . .                                                                                       | <a href="#">69</a>        |
| Medicamentos sin cobertura . . . . .                                                                                      | <a href="#">69</a>        |
| Cambiando de farmacias . . . . .                                                                                          | <a href="#">70</a>        |
| Qué pasa si usted necesita una farmacia de especialidades . . . . .                                                       | <a href="#">70</a>        |
| Si puede emplear los servicios de órdenes por correo para obtener sus<br>medicamentos . . . . .                           | <a href="#">71</a>        |
| Si puede obtener un suplemento de medicamentos para cubrir<br>un largo período de tiempo . . . . .                        | <a href="#">71</a>        |
| Si puede usar una farmacia que no sea parte de la red de UnitedHealthcare<br>Community Plan . . . . .                     | <a href="#">72</a>        |
| Qué es el programa de seguridad y administración de utilización<br>del paciente (PUMS) . . . . .                          | <a href="#">72</a>        |
| Medicamentos de venta libre (OTC) . . . . .                                                                               | <a href="#">74</a>        |

|                                                                                                           |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>10. Cómo puede tener acceso a sus beneficios de CCC Plus</b>                                           | <b><u>75</u></b>  |
| Beneficios de CCC Plus                                                                                    | <u>75</u>         |
| Regulaciones generales de la cobertura                                                                    | <u>76</u>         |
| Beneficios cubiertos a través de UnitedHealthcare Community Plan                                          | <u>77</u>         |
| Beneficios extras que proveemos que no son cubiertos por Medicaid                                         | <u>83</u>         |
| Guías prácticas de clínicas y nuevas tecnologías                                                          | <u>85</u>         |
| Evaluación de nuevas tecnologías                                                                          | <u>86</u>         |
| Como tener acceso a servicios para pruebas, diagnóstico y tratamientos tempranos y periódicos             | <u>86</u>         |
| Qué es EPSDT                                                                                              | <u>86</u>         |
| Obteniendo servicios EPSDT                                                                                | <u>86</u>         |
| Obteniendo servicios de intervención temprana                                                             | <u>87</u>         |
| Como tener acceso a los servicios de salud del comportamiento                                             | <u>87</u>         |
| Cómo tener acceso a los servicios para el tratamiento de adicción y recuperación (ARTS)                   | <u>88</u>         |
| Cómo tener acceso a los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)                                           | <u>89</u>         |
| Exención de Commonwealth Coordinated Care Plus                                                            | <u>89</u>         |
| Cómo puede auto-dirigir sus cuidados                                                                      | <u>91</u>         |
| Servicios en una casa de reposo con servicios de enfermería                                               | <u>91</u>         |
| Revisiones para servicios a largo plazo y apoyo                                                           | <u>92</u>         |
| Libertad para escoger                                                                                     | <u>92</u>         |
| Cómo recibir servicios si está en una Exención de discapacidad del desarrollo                             | <u>93</u>         |
| Cómo obtener transporte para servicios que no son emergencias                                             | <u>94</u>         |
| Los servicios para transporte que no sean emergencias están cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan | <u>94</u>         |
| Servicios de exención DD para transporte de ida y regreso                                                 | <u>95</u>         |
| <b>11. Servicios cubiertos a través del programa DMAS Medicaid</b>                                        | <b><u>97</u></b>  |
| <b>Pago-por-Servicio</b>                                                                                  | <b><u>97</u></b>  |
| Servicios separados (carved-out)                                                                          | <u>97</u>         |
| Servicios que terminarán su inscripción en CCC Plus                                                       | <u>99</u>         |
| <b>12. Servicios no cubiertos por CCC Plus</b>                                                            | <b><u>101</u></b> |
| Si usted recibe servicios que no tienen cobertura                                                         | <u>102</u>        |

|                                                                                                 |                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| <b>13. Costos compartidos del miembro</b>                                                       | <b><a href="#">103</a></b> |
| Pago de los miembros como pacientes por servicios y apoyo a largo plazo                         | <a href="#">104</a>        |
| Miembros de Medicare y la parte D de medicamentos                                               | <a href="#">104</a>        |
| <b>14. Autorización de servicios y determinación de beneficios</b>                              | <b><a href="#">105</a></b> |
| Autorización de servicios                                                                       | <a href="#">105</a>        |
| Autorización de servicios y continuidad de cuidados                                             | <a href="#">108</a>        |
| Cómo presentar una solicitud para la autorización de un servicio                                | <a href="#">108</a>        |
| Qué pasa después de que usted obtiene su autorización de servicio                               | <a href="#">108</a>        |
| Períodos de tiempo para la revisión de una revisión de autorización                             | <a href="#">109</a>        |
| <b>15. Apelaciones, Audiencias Imparciales del Estado y reclamaciones</b>                       | <b><a href="#">112</a></b> |
| Su derecho para apelar                                                                          | <a href="#">112</a>        |
| Determinación adversa de un beneficio                                                           | <a href="#">112</a>        |
| Representante autorizado                                                                        | <a href="#">113</a>        |
| Cómo presentar su apelación                                                                     | <a href="#">113</a>        |
| Continuación de beneficios                                                                      | <a href="#">114</a>        |
| Qué pasa después de que se recibimos su apelación                                               | <a href="#">114</a>        |
| Períodos de tiempo para las apelaciones                                                         | <a href="#">115</a>        |
| Decisión por una notificación por escrito de la apelación                                       | <a href="#">116</a>        |
| Su derecho a una Audiencia Imparcial del Estado                                                 | <a href="#">117</a>        |
| Solicitudes estándar o expeditas                                                                | <a href="#">117</a>        |
| Representante autorizado                                                                        | <a href="#">117</a>        |
| Dónde puede usted enviar la solicitud para una Audiencia Imparcial del Estado                   | <a href="#">118</a>        |
| Después de que usted ha presentado una apelación a través de una Audiencia Imparcial del Estado | <a href="#">118</a>        |
| Períodos de tiempo para una Audiencia Imparcial del Estado                                      | <a href="#">118</a>        |
| Si la Audiencia Imparcial del Estado revoca su negación                                         | <a href="#">119</a>        |
| Su derecho a presentar una reclamación                                                          | <a href="#">120</a>        |
| Periodo de tiempo para las reclamaciones                                                        | <a href="#">120</a>        |
| Qué clase de problemas se consideran ser reclamaciones                                          | <a href="#">120</a>        |
| Reclamaciones                                                                                   | <a href="#">122</a>        |
| Reclamaciones externas                                                                          | <a href="#">123</a>        |

|                                                                                                      |                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>16. Derechos de los miembros</b>                                                                  | <b><u>125</u></b> |
| Sus derechos                                                                                         | <u>125</u>        |
| Su derecho a estar seguro                                                                            | <u>127</u>        |
| Su derecho a la confidencialidad                                                                     | <u>128</u>        |
| Avisos del plan de salud sobre las prácticas de privacidad                                           | <u>129</u>        |
| Cómo puede usted formar parte del Comité de Asesoramiento por Miembros                               | <u>137</u>        |
| Nosotros seguimos las políticas de la no discriminación                                              | <u>137</u>        |
| <b>17. Responsabilidades del miembro</b>                                                             | <b><u>143</u></b> |
| Sus responsabilidades                                                                                | <u>143</u>        |
| Directivas avanzadas                                                                                 | <u>145</u>        |
| En dónde puede usted obtener una forma para la directiva avanzada                                    | <u>145</u>        |
| Para completar la forma de directiva avanzada                                                        | <u>146</u>        |
| Comparta esta información con personas que a usted le interesa que lo sepan                          | <u>146</u>        |
| Nosotros podemos ayudarle a obtener o a comprender los documentos acerca de las directivas avanzadas | <u>146</u>        |
| Otros recursos                                                                                       | <u>147</u>        |
| Si no se siguen sus directivas avanzadas                                                             | <u>147</u>        |
| <b>18. Fraude, desperdicio y abuso</b>                                                               | <b><u>149</u></b> |
| Qué son el fraude, el desperdicio y el abuso                                                         | <u>149</u>        |
| ¿Cómo puedo reportar el fraude, el desperdicio o el abuso?                                           | <u>150</u>        |
| <b>19. Otros recursos importantes</b>                                                                | <b><u>151</u></b> |
| <b>20. Información para los miembros con Extensión de Medicaid</b>                                   | <b><u>152</u></b> |
| Qué lo hace elegible para ser un miembro con Extensión de Medicaid                                   | <u>152</u>        |
| Inscripción para un miembro con Extensión de Medicaid                                                | <u>152</u>        |
| Servicios y beneficios de Extensión de Medicaid                                                      | <u>154</u>        |
| <b>21. Importantes términos y definiciones empleadas en este manual</b>                              | <b><u>156</u></b> |

# Números de teléfono importantes

|                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Su Coordinador de Cuidados . . . . .                                                                                                                                                                                                                                         | <b>1-866-622-7982, TTY 711</b>                                                |
| UnitedHealthcare Community Plan<br>Servicios para Miembros . . . . .                                                                                                                                                                                                         | <b>1-866-622-7982, TTY 711</b>                                                |
| UnitedHealthcare Community Plan<br>Línea de consejos médicos/salud del comportamiento 24/7 . . . . .                                                                                                                                                                         | <b>1-866-622-7982, TTY 711</b>                                                |
| UnitedHealthcare Community Plan<br>Línea de consejos de salud del comportamiento 24/7 . . . . .                                                                                                                                                                              | <b>1-866-622-7982, TTY 711</b>                                                |
| UnitedHealthcare Community Plan<br>Servicios dentales para adultos . . . . .                                                                                                                                                                                                 | <b>1-866-622-7982, TTY 711</b>                                                |
| UnitedHealthcare Community Plan<br>Línea de enfermerías (NurseLine) . . . . .                                                                                                                                                                                                | <b>1-888-547-3674</b>                                                         |
| Administrador de beneficios dentales de DMAS<br>Para preguntas o para localizar un dentista en su área, llame al<br>administrador de beneficios dentales de DMAS al . . . . .                                                                                                | <b>1-888-912-3456</b>                                                         |
| Información también está disponible en el sitio web de DMAS<br>en <a href="https://www.dmas.virginia.gov/for-members/benefits-and-services/dental/">https://www.dmas.virginia.gov/for-members/benefits-and-services/dental/</a><br>o el sitio web de DentaQuest en . . . . . | <a href="http://www.dentaquestgov.com/">http://www.dentaquestgov.com/</a>     |
| Transporte de UnitedHealthcare Community Plan . . . . .                                                                                                                                                                                                                      | <b>1-866-622-7982, TTY 711</b>                                                |
| Contratista de DMAS para transporte a servicios de exención DD . . . . .                                                                                                                                                                                                     | <b>1-866-386-8331</b><br><b>TTY 1-866-288-3133</b>                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                              | O marque <b>711</b> para comunicarse con un operador                          |
| Línea de ayuda de CCC Plus . . . . .                                                                                                                                                                                                                                         | <b>1-844-374-9159</b><br><b>TDD 1-800-817-6608</b>                            |
| O visite el sitio web en . . . . .                                                                                                                                                                                                                                           | <a href="http://cccplusva.com">cccplusva.com</a>                              |
| CoverVA . . . . .                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>1-855-242-8282</b><br><a href="http://www.coverva.org">www.coverva.org</a> |
| Oficina de Derechos Civiles del departamento de Salud y Servicios Humanos<br>(Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights) . . . . .                                                                                                                    | <b>1-800-368-1019</b>                                                         |
| O visite el sitio web en . . . . .                                                                                                                                                                                                                                           | <a href="http://www.hhs.gov/ocr">www.hhs.gov/ocr</a>                          |
| Oficina del defensor del Estado para cuidados a largo plazo<br>(Office of the State Long-Term Care Ombudsman) . . . . .                                                                                                                                                      | <b>1-800-552-5019</b><br><b>TTY 1-800-464-9950</b>                            |

10 **¿Preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros gratuitamente a **1-866-622-7982, TTY 711**, 8 a.m. – 8 p.m., diario.

[Table of contents](#)

## Ayuda en otros idiomas o formatos alternativos

Este manual, impreso en otros idiomas y en diferentes formatos, incluyendo en internet, en letras de mayor tamaño, Braille y como grabación (CD), se encuentra disponible en forma gratuita. Para solicitar este manual en un idioma o formato alterno, por favor llame al personal de Servicios para Miembros al **1-866-622-7982**, TTY **711**.

Si usted tiene problemas leyendo o comprendiendo esta información, por favor contacte a nuestro personal de Servicios para Miembros al **1-866-622-7982**, TTY **711**, para recibir ayuda sin costo alguno para usted.

Nosotros proporcionamos razonable acceso y comunicación para personas con discapacidades. Aquellas personas que tienen problemas de audición o quienes sean sordos o presenten impedimentos del habla y que desean hablar con representantes de los Servicios para Miembros pueden llamar por teléfono empleando los servicios de asistencia TTY, o si tienen acceso a otros similares, marcando a una operadora al número **711**. Estas operadoras le ayudarán a contactar al personal de los Servicios para Miembros.

### English

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Please call **1-866-622-7982**, TTY **711**.

### Spanish

ATENCIÓN: si habla **español (Spanish)**, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-866-622-7982**, TTY **711**.

### Korean

참고: **한국어(Korean)**를 하시는 경우, 통역 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.

**1-866-622-7982**, TTY **711** 로 전화하십시오.

¿Preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros gratuitamente a **1-866-622-7982**, TTY **711**, 8 a.m. – 8 p.m., diario.

[Table of contents](#)

## Vietnamese

LƯU Ý: Nếu quý vị nói Tiếng **Việt (Vietnamese)**, chúng tôi có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Vui lòng gọi số **1-866-622-7982, TTY 711**.

## Chinese

注意：如果您說**中文 (Chinese)**，您可獲得免費語言協助服務。請致電 **1-866-622-7982**，或聽障專線 (TTY) **711**。

## Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية (**Arabic**)، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجاناً. اتصل على الرقم **1-866-622-7982**، الهاتف النصي **711**.

## Tagalog

ATENSYON: Kung nagsasalita ka ng **Tagalog (Tagalog)**, may magagamit kang mga serbisyo ng pantulong sa wika, nang walang bayad. Tumawag sa **1-866-622-7982, TTY 711**.

## Persian (Farsi)

توجه: اگر به فارسی (**Farsi**) صحبت می کنید، خدمات ترجمه به صورت رایگان در اختیارتان قرار می گیرد. با **1-866-622-7982 (TTY 711)** تماس بگیرید.

## Amharic

**አማርኛ (Amharic)** ቁዋንቋ የሚናገሩ ከሆነ የቋንቋ ርዳታ አገልግሎት ከክፍያ ነጻ ይገኝሎታል። **1-866-622-7982, TTY 711** ይደውሉ።

## Urdu

اگر آپ اردو (**Urdu**) بولتے/بولتی ہیں، تو آپ کے لیے زبان سے متعلق اعانت کی خدمات، مفت دستیاب ہیں۔ کال کریں **1-866-622-7982**، ٹی ٹی وائی **711**۔

## French

ATTENTION : Si vous parlez **français (French)**, vous pouvez obtenir une assistance linguistique gratuite. Appelez le **1-866-622-7982, TTY 711**.

## Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите по-**русски (Russian)**, вы можете воспользоваться бесплатными услугами переводчика. Звоните по тел **1-866-622-7982, TTY 711**.

## Hindi

ध्यान दें: यदि आप **हिन्दी (Hindi)** भाषा बोलते हैं तो भाषा सहायता सेवाएं आपके लिए निःशुल्क उपलब्ध हैं। कॉल करें **1-866-622-7982, TTY 711**.

## German

HINWEIS: Wenn Sie **Deutsch (German)** sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachendienste zur Verfügung. Wählen Sie: **1-866-622-7982, TTY 711**.

## Bengali

আপনি যদি **বাংলায় কথা (Bengali)** বলেন, তাহলে ভাষা সহায়তা পরিষেবাগুলি, আপনার জন্য বিনামূল্যে উপলব্ধ আছে। **1-866-622-7982, TTY 711** নম্বরে ফোন করুন।

## Kru (Bassa)

TÒ ÌDÙŨ NÒ MÒ DYÍÍN CÁO: À bédé gbo-kpá-kpá **bó wuḍu (Kru (Bassa))**-dù kò-kò po-nyò bě bìì nō à gbo bó pídyi. M̀ dyi gbo-kpá-kpá mó ín, d́á nò bà nìà kẹ: **1-866-622-7982, TTY 711**.

## Igbo

Ọ bụrụ na ị na asụ **Igbo (Igbo)**, ọrụ enyemaka asụsụ, n'efu diịrị gị. Kpọọ **1-866-622-7982, TTY 711**.

## Yoruba

Tí ó bá ń sọ **Yorùbá (Yoruba)**, ìrànṣẹ́wọ́ ìtumò èdè, wá fún ọ ní ọfẹ́. Pẹ **1-866-622-7982, TTY 711**.

# 1. Commonwealth Coordinated Care Plus (CCC Plus)

---

## Bienvenido a UnitedHealthcare Community Plan

Le agradecemos que sea un Miembro de UnitedHealthcare Community Plan, un plan de Commonwealth Coordinated Care Plus (CCC Plus). Si usted es un nuevo Miembro, nos pondremos en contacto con usted en las próximas semanas para revisar importante información. Usted podrá hacernos cualquier pregunta que tenga o solicitar ayuda para hacer sus citas médicas. Si usted necesita hablar con nosotros de inmediato o antes de que nos pongamos en contacto con usted, llame al número anotado abajo.

UnitedHealthcare Community Plan le facilita acceso a muchos proveedores de los cuidados de salud — doctores, hospitales y farmacias — para que usted tenga acceso a todos los servicios de salud que necesita. Cubrimos los cuidados preventivos, las revisiones médicas y servicios de tratamientos. Estamos dedicados al mejoramiento de su salud y de su bienestar.

Nosotros estamos listos para responder a cualquier pregunta que tenga. Solo necesita llamar a Servicios para Miembros al **1-866-622-7982**, TTY **711**. Puede también visitar nuestro sitio en internet en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan).

## Como emplear este manual

Este manual le ayudará a entender sus beneficios de Commonwealth Coordinated Care Plus (CCC Plus) y de cómo puede usted obtener ayuda de UnitedHealthcare Community Plan. Este manual es una guía para los servicios de salud. Explica los cuidados para su salud, la salud del comportamiento, los medicamentos de receta y los servicios a largo plazo, así como las coberturas de apoyo dentro del programa CCC Plus. Le indica cuáles son los pasos que debe tomar para hacer que su plan de salud trabaje para usted.

- 14 **¿Preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros gratuitamente a **1-866-622-7982**, TTY **711**, 8 a.m. – 8 p.m., diario.

[Table of contents](#)

## 1. Commonwealth Coordinated Care Plus (CCC Plus)

---

Tenga la confianza de compartir este manual con un miembro de su familia o con una persona que conozca cuáles son las necesidades de cuidados para la salud que usted tiene. Cuando tenga una pregunta, consulte este manual, llame a Servicios para Miembros al **1-866-622-7982**, TTY **711**.

Servicios para Miembros, nuestro sitio en internet y su Coordinador de cuidados también pueden brindarle la información más reciente relacionada con COVID-19.

## Para empezar

Queremos que usted obtenga lo mejor de su plan de salud de inmediato. Empezar con los siguientes fáciles pasos:

### 1. Llame a su doctor y haga una cita

Las revisiones de salud son importantes para la buena salud. Si usted no conoce el número de teléfono de su Proveedor de Atención Primaria (PCP) o si usted necesita encontrar a un doctor dentro de la red cercano a usted, llame a Servicios para Miembros al **1-866-622-7982**, TTY **711**. Estamos aquí para ayudarle.

### 2. Tome su Evaluación de Salud

Usted recibirá muy pronto una llamada por teléfono para que le ayudemos a completar la evaluación de salud. A esto también se le llama una revisión inicial de salud para nuevos Miembros. Esta evaluación nos ayuda a entender cuáles son sus necesidades de salud y así poder servirle mejor. Usted también puede completar esta evaluación por internet. Vea la página 35 para conocer más detalles.

### 3. Empezar a conocer su plan de salud

Este manual para Miembros le ofrece información general acerca de la cobertura de los cuidados de salud, programas especiales y sus derechos y responsabilidades. Y asegúrese de guardar este manual a la mano para cualquier futura referencia.

## 1. Commonwealth Coordinated Care Plus (CCC Plus)

---

### 4. Descubra su plan acudiendo a internet

Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) para registrarse y poder tener acceso a su cuenta a través de internet. Este es un sitio seguro de internet en donde se mantiene toda su información de salud en un solo lugar. Responda a su evaluación de salud, encuentre respuestas a sus preguntas acerca de los beneficios del plan, acerca de los doctores en nuestra red y muchas cosas más. Además de los detalles de su plan, este sitio incluye útiles herramientas que pueden darle ayuda. Usted puede hasta imprimir una copia de su tarjeta de identificación como Miembro. Regístrese hoy mismo.

### 5. Revise su tarjeta de identificación como Miembro

Usted debe haber recibido por correo su tarjeta de identificación como Miembro. La tarjeta tiene impreso el logotipo de UnitedHealthcare Community. Usted debe tener una tarjeta por separado para cada uno de los miembros de su familia que se han inscrito con nosotros. Si usted no recibió una tarjeta de identificación o si la información en ella no es la correcta, llame a Servicios para Miembros.

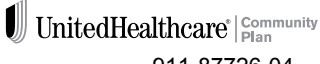
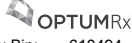
## 1. Commonwealth Coordinated Care Plus (CCC Plus)

### Otra información que le enviaremos

Usted debe ya haber recibido su tarjeta de identificación como Miembro de UnitedHealthcare Community Plan y la información acerca de cómo ganar acceso al Directorio de Proveedores y Farmacias así como la Lista de Medicamentos con Cobertura.

#### Tarjeta de identificación como Miembro de UnitedHealthcare Community Plan

Muestre su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan cuando recibe servicios de Medicaid, incluyendo cuando usted obtiene servicios y apoyo de largo plazo, en las citas con doctores y cuando usted obtiene sus medicamentos de receta. Usted debe mostrar esta tarjeta para obtener cualquier servicio y medicamento de receta. Si usted tiene Medicare y Medicaid, muestre sus tarjetas de Medicare y su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan cuando usted recibe servicios. Abajo se muestra un ejemplo de una tarjeta que será como la suya:

|                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                           |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                              |  |                                                                        |  |
| Health Plan (80840) 911-87726-04                                                                                |  |                                                                                                                                                           |  |
| Member ID: 001500001                                                                                            |  | Group Number: 999999                                                                                                                                      |  |
| Member:<br>NEW M ENGLISH<br>Medicaid ID: 9999999991<br>PCP Name:<br>DOUGLAS GETWELL<br>PCP Phone: (717)851-6816 |  | Payer ID: 87726<br><br>Rx Bin: 610494<br>Rx GRP: ACUVA<br>Rx PCN: 4444 |  |
| 0501 UnitedHealthcare Community Plan<br>Administered by UnitedHealthcare Insurance Company                      |  |                                                                                                                                                           |  |

|                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| In case of emergency call 911 or go to nearest emergency room. Printed: 12/11/17                                                                                                                                                           |                                                                                                 |
| This card does not guarantee coverage. To verify benefits or to find a provider, visit the website <a href="http://myUHC.com/CommunityPlan">myUHC.com/CommunityPlan</a> or call. Member Customer Service Hours 8:00 am-8:00 pm local time. |                                                                                                 |
| Customer Service/Behavioral:                                                                                                                                                                                                               | 866-622-7982 TTY 711                                                                            |
| Smiles for Children:                                                                                                                                                                                                                       | 888-912-3456 TTY 711                                                                            |
| NurseLine:                                                                                                                                                                                                                                 | 888-547-3674 TTY 711                                                                            |
| Care Coordination/Transportation:                                                                                                                                                                                                          | 866-622-7982 TTY 711                                                                            |
| For Providers:                                                                                                                                                                                                                             | <a href="http://www.unitedhealthcareonline.com">www.unitedhealthcareonline.com</a> 877-843-4366 |
| Claims:                                                                                                                                                                                                                                    | PO Box 5270, Kingston, NY, 12402-5270                                                           |
| Pharmacy Claims: OptumRX, PO Box 29044, Hot Springs, AR 71903<br>For Pharmacists: 1-855-873-3493                                                                                                                                           |                                                                                                 |

Si usted no ha recibido su tarjeta o si la recibió, pero está dañada, se ha extraviado o ha sido robada, llame a Servicios para Miembros al número anotado al pie de la página y le enviaremos una nueva tarjeta.

Además de su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan, guarde su tarjeta de identificación del Commonwealth of Virginia Medicaid para tener acceso a los servicios que están cubiertos por el Estado dentro del programa Pago-por-Servicio de Medicaid. Estos servicios se describen en la sección 11 de este manual **Servicios cubiertos a través de Pago-por-Servicio de Medicaid.**

¿Preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros gratuitamente a **1-866-622-7982, TTY 711**, 8 a.m. – 8 p.m., diario.

[Table of contents](#)

## 1. Commonwealth Coordinated Care Plus (CCC Plus)

---

### Directorio de Proveedores y Farmacias

Usted puede solicitar un Directorio Anual de Proveedores y Farmacias llamando a Servicios para Miembros al **1-866-622-7982**, TTY **711**. También, usted puede consultar el Directorio de Proveedores y Farmacias en internet en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan).

El **Directorio de Proveedores y Farmacias** ofrece información acerca de los profesionales de los cuidados de salud (tales como doctores, enfermeras practicantes, psicólogos, etc.), establecimientos (hospitales, clínicas, centros de enfermería, etc.), proveedores de apoyo (tales como cuidados de salud para adultos durante el día, proveedores de cuidados de salud en el hogar, etc.) y farmacias dentro de la red de UnitedHealthcare Community Plan. Mientras usted sea un Miembro de nuestro plan, generalmente usted debe emplear uno de nuestros proveedores y farmacias dentro de la red para obtener servicios cubiertos, sin embargo, incluyendo:

- Cuando usted se une a nuestro plan (revise **Período de continuidad de los cuidados** en la Sección 3 de este manual),
- Si usted tiene Medicare (revise **Como obtener los cuidados de salud de su Doctor de atención primaria** en la sección 6 de este manual), y
- En algunas otras circunstancias (revise **Cómo obtener cuidados de salud de proveedores por fuera de la red** en la sección 6 de este manual).

Usted puede solicitar una copia impresa del **Directorio de Proveedores y Farmacias** o de la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Provider and Pharmacy Directory o List of Covered Drugs)** llamando a Servicios para Miembros al **1-866-622-7982**, TTY **711**. Usted también puede consultar el **Directorio de Proveedores y Farmacias** y la Lista de Medicamentos Cubiertos en internet en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) o descargarlo de internet. (Revise la **Lista de medicamentos cubiertos** en la sección 9 de este manual.)

## 2. Qué es Commonwealth Coordinated Care Plus

---

El programa Commonwealth Coordinated Care Plus (CCC Plus) es un programa de cuidados de salud administrados por Medicaid a través del Departamento de Servicios de Asistencia Médica (Department of Medical Assistance Services – DMAS). UnitedHealthcare Community Plan fue aprobado por DMAS para proveer la coordinación de los cuidados de salud y servicios para los cuidados de salud. Nuestra meta es la de ayudar a mejorar la calidad de los cuidados de salud y de la calidad de vida.

### Cómo puede usted ser elegible para ser un miembro de CCC Plus

Usted será elegible para CCC Plus cuando tenga beneficios completos de Medicaid o llene una de las siguientes categorías:

- Tiene usted 65 o más años
- Usted es un adulto o un menor discapacitado
- Usted reside en un establecimiento con servicios de enfermería (NF)
- Usted recibe servicios a través de CCC Plus servicios de exención de domicilio y comunidad (conocidos anteriormente como exenciones de Technology Assisted and Elderly o Disabled with Consumer Direction [EDCD])
- Usted recibe servicios a través de cualquiera de las tres exenciones que dan servicio a las personas con discapacidades en el desarrollo (Exenciones para la Dependencia en Residencias, Apoyo Familiar o Individual y en Exenciones de Vida Comunitaria), también conocido como Exenciones DD

## 2. Qué es Commonwealth Coordinated Care Plus

---

Poblaciones de expansión de Medicaid, que incluye individuos que cumplen los siguientes criterios:

- Adultos entre las edades de diecinueve (19) hasta sesenta y cuatro (64),
- Quienes no son elegibles para la cobertura de Medicare,
- Quienes no son elegibles para un grupo de cobertura obligatorio (como mujeres embarazadas o discapacitadas),
- Cuyo ingreso no excede el 138% del Nivel Federal de Pobreza (FPL), y
- Quienes han sido identificados como médicamente complejos a través de la Evaluación de salud de los miembros de la MCO como se describe en la Sección 5.3.1. (Las personas no médicamente complejas están cubiertas por el programa Medallion 4.0).

### Inscripción a CCC Plus

Las personas elegibles deben inscribirse en el programa CCC Plus. DMAS y la línea de asistencia CCC Plus administra la inscripción al programa CCC Plus. Para participar en CCC Plus, usted debe ser elegible para Medicaid.

### Razones por las cuales usted no podría ser elegible para participar en CCC Plus

Usted no podrá participar en CCC Plus si cualquiera de las siguientes condiciones se aplica en su caso:

- Usted pierde o perdió la elegibilidad a Medicaid
- Usted no llena alguna de los criterios para elegibilidad arriba mencionados
- Usted está inscrito en hospicio dentro del programa Pago-por-Servicio regular del programa de Medicaid antes de la asignación a cualquiera de los beneficios de CCC Plus
- Usted está inscrito en el programa Medicaid Health Insurance Premium Payment (HIPP)
- Usted se inscribe en PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly). **Para conocer más información acerca de PACE, hable con su Coordinador de Cuidados o visite: <http://www.pace4you.org/>.**

## 2. Qué es Commonwealth Coordinated Care Plus

---

- Usted reside en una institución de Cuidados Intermedios (Intermediate Care Facility) para personas con Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (ICF/IID)
- Usted está recibiendo cuidados en una Institución para Tratamientos Residenciales Psiquiátricos (para menores de 21 años)
- Usted reside en una institución con servicios de enfermería para Veteranos
- Usted reside en alguna de las siguientes instituciones del Estado para cuidados a largo plazo: Piedmont, Catawba, Hiram Davis, o Hancock
- Usted vive en Tangier Island

### ¿Qué pasa si estoy embarazada?

Si se encuentra dentro de los primeros noventa (90) días de la inscripción inicial, y en su tercer trimestre de embarazo, y su proveedor no participa con UnitedHealthcare Community Plan, puede solicitar el traslado a otra MCO donde participe su proveedor. Si su proveedor no participa con ninguno de los planes de salud CCC Plus, puede solicitar recibir cobertura a través de Medicaid de Pago-por-Servicio (Fee-for-Service) hasta después del parto de su bebé. Comuníquese con la Línea de ayuda CCC Plus al **1-844-374-9159** o TDD **1-800-817-6608** para realizar esta solicitud.

### Cobertura para recién nacidos de madres cubiertas por CCC Plus

Si usted tiene un bebé, necesitará reportar el nacimiento tan pronto como sea posible para que el bebé se inscriba en Medicaid. Usted puede hacerlo:

- Llamando al Centro de Llamadas de Cover Virginia al **833-5CALLVA** (TDD: **1-888-221-1590**), si desea reportar el nacimiento por teléfono, o
- Poniéndose en contacto con el Departamento Local de Servicios Sociales (Department of Social Services) y reportar personalmente el nacimiento de su bebé.

## 2. Qué es Commonwealth Coordinated Care Plus

---

A usted se le pedirá que declare su información y la de su bebé:

- Nombre
- Fecha de nacimiento
- Raza
- Sexo
- Nombre de la madre del bebé y número de identificación de Medicaid

Una vez que su bebé se inscriba en Medicaid, podrá tener acceso a los cuidados de salud a través del programa Pago-por-Servicio de Medicaid. Esto significa que usted puede consultar con cualquier proveedor que se encuentre dentro de la red de Pago-por-Servicio de Medicaid y así poder recibir los servicios que se encuentren cubiertos. Usted encontrará información adicional por correo acerca de cómo su bebé recibirá cobertura de Medicaid de parte de DMAS.

### Elegibilidad para Medicaid

La elegibilidad para Medicaid la determina su Departamento de Servicios Sociales (DSS) local o la Unidad de Procesamiento Central de Cover Virginia. Póngase en contacto con su trabajador local de elegibilidad de DSS o llame a Cover Virginia al **833-5CALLVA** (TDD: **1-888-221-1590**) sobre cualquier pregunta de elegibilidad de Medicaid. La llamada es gratis. Para obtener más información, puede visitar Cover Virginia en [www.coverva.org](http://www.coverva.org).

## Para escoger o cambiar su plan de salud

### Asignación del plan de salud

Usted recibió una notificación de DMAS que incluyó una asignación inicial de su plan de salud. Con esta asignación de DMAS, se incluyó una tabla comparativa de diversos planes de salud en su área. La notificación de la asignación le incluyó instrucciones indicando la manera para que usted haga una selección de su plan de salud.

## 2. Qué es Commonwealth Coordinated Care Plus

---

Usted puede habernos escogido como su plan de salud. Si no lo hizo, DMAS le pudiera haber asignado a nuestro plan basándose en su historia con nosotros como administradores de su plan de cuidados para la salud. Por ejemplo, es posible que usted hubiera estado registrado con nosotros antes de estar inscrito con Medicaid o Medicare. Usted también hubiera podido ser asignado a nosotros si ha consultado con ciertos proveedores que se encuentran dentro de nuestra red. Esto puede incluir a establecimientos como casas de reposo, establecimientos para los cuidados de salud para adultos durante el día y proveedores de enfermeras privadas.

### **Usted puede cambiar su plan de salud a través de la Línea de Asistencia de CCC Plus**

La Línea de asistencia de CCC Plus (CCC Plus Helpline) puede ayudarle a escoger el plan de salud que sea el más indicado para usted. Para obtener asistencia, llame a la Línea de Asistencia de CCC Plus al **1-844-374-9159** o TDD **1-800-817-6608**, o visite el sitio en internet en [cccplusva.com](http://cccplusva.com). La línea de Asistencia CCC Plus se encuentra disponible de las 8:30 a.m. a las 6:00 p.m., de lunes a viernes (excepto en los días feriados estatales). La Línea de Asistencia de CCC Plus puede ayudarle a comprender las opciones de su plan de salud y darle respuestas a las preguntas que usted tenga acerca de cuáles doctores y otros proveedores que participan en cada uno de los planes de salud. Los servicios de la Línea de Asistencia de CCC Plus son gratuitos y no están relacionados con ninguno de los planes de salud de CCC Plus.

Usted puede cambiar de plan de salud por cualquier razón durante los primeros 90 días de su inscripción a su programa de CCC Plus. Usted también puede cambiar de plan de salud por cualquier razón una vez al año durante el período de inscripción. El período de inscripción abierta ocurre una vez al año entre los meses de octubre y diciembre. Usted recibirá una carta de DMAS durante el período de inscripción con más información. Usted también puede cambiar de plan de salud en cualquier momento por “una buena causa”, lo que puede incluir:

- Usted se muda fuera del área de servicio del plan
- Usted requiere que se le brinden servicios múltiples simultáneamente pero no tiene acceso a ellos a través de la red del plan de salud

## 2. Qué es Commonwealth Coordinated Care Plus

---

- Su residencia o empleo puede alterarse debido al cambio de un proveedor residencial, institucional o el apoyo de un proveedor a través de su empleo, cuando ese cambio es de proveedores en la red a proveedores por fuera de la red
- Otras razones son determinadas por DMAS, incluyendo una baja en la calidad de los cuidados y la falta de acceso a proveedores apropiados, servicios y apoyo, incluyendo los cuidados especiales

La línea de Asistencia de CCC Plus tramita las solicitudes “con una buena causa” y puede responder a las preguntas que usted tenga. Contacte la Línea de Asistencia de CCC Plus al **1-844-374-9159** o TDD **1-800-817-6608**, o visite el sitio en internet en [cccplusva.com](http://cccplusva.com).

### Re-inscripción automática

Si su inscripción con nosotros termina y usted obtiene de nuevo la elegibilidad para el programa CCC Plus dentro de los primeros 60 días o antes, usted será automáticamente re-inscrito a UnitedHealthcare Community Plan. Se le mandará una carta de re-inscripción de DMAS.

### Área de servicio de UnitedHealthcare Community Plan

Nuestro área de servicio es todo el estado. Solo las personas que residen en nuestra área de servicio pueden inscribirse en UnitedHealthcare Community Plan. Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá continuar dentro de nuestro plan. Si esto sucede, usted recibirá una carta de DMAS pidiéndole que escoja un nuevo plan. Usted también puede llamar a la línea de Asistencia de CCC Plus si tiene cualquier pregunta acerca de la inscripción a un plan de salud. Contacte a la Línea de Asistencia de CCC Plus al **1-844-374-9159** o TDD **1-800-817-6608** o visite el sitio en internet en [cccplusva.com](http://cccplusva.com).

### Si usted tiene Medicare y Medicaid

Si usted tiene Medicare y Medicaid, algunos de los servicios serán cubiertos por su plan de Medicare y algunos otros serán pagados por UnitedHealthcare Community Plan. Nosotros somos su CCC Plus Medicaid Plan.

| Tipos de servicios bajo Medicare                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Tipos de servicios dentro de CCC Plus (Medicaid)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidados como paciente hospitalizado (médicos y psiquiátricos)</li><li>• Cuidados del paciente ambulatorio (médicos y psiquiátricos)</li><li>• Servicios de doctores y de especialistas</li><li>• Rayos-X, pruebas de laboratorio y de diagnóstico</li><li>• Cuidados en un establecimiento con enfermería especializada</li><li>• Cuidados de salud en su hogar</li><li>• Cuidados de hospicio</li><li>• Medicamentos de receta</li><li>• Equipo Médico Durable</li><li>• <b>Para mayor información, contacte a su plan de Medicare, visite <a href="https://www.medicare.gov">Medicare.gov</a>, o llame a Medicare al 1-800-633-4227</b></li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Copagos de Medicare</li><li>• Servicios de enfermería en hospital y especializados cuando los beneficios de Medicare se han agotado</li><li>• Institución con cuidados de enfermería a largo plazo (de custodia)</li><li>• Servicios de exención basados en el domicilio y comunidad, como por ejemplo cuidados personales y cuidados para el descanso, modificaciones del entorno y servicios de asistencia tecnológica</li><li>• Servicios basados en la comunidad para la salud conductual</li><li>• Servicios que no cubre Medicare, por ejemplo, medicamentos de venta libre, equipo y suministros médicos y productos para la incontinencia</li></ul> |

## 2. Qué es Commonwealth Coordinated Care Plus

---

### **Usted puede escoger el mismo plan de salud para Medicare y Medicaid**

Usted tiene la opción de escoger el mismo plan de salud para su cobertura por Medicare y CCC Plus Medicaid. El plan de Medicare se le conoce como un **Plan Doble para Necesidades Especiales (Dual Special Needs Plan (D-SNP))**. Teniendo el mismo plan de salud para Medicaid y Medicare mejorará y simplificará la coordinación de sus beneficios para Medicare y Medicaid. Hay beneficios para usted si está cubierto por el mismo plan para Medicare y Medicaid. Algunos de estos beneficios incluyen:

- Que usted reciba una mejor coordinación en sus cuidados a través del mismo plan de salud
- Que usted tenga un solo plan de salud y un solo número para llamar cuando tenga preguntas acerca de sus beneficios
- Que usted trabaje con el mismo Coordinador de Cuidados para Medicare y Medicaid. Esta persona trabajará con usted y con sus proveedores para asegurar que obtiene los cuidados que necesita.

Si usted escoge el plan de Medicare Pago-por-Servicio o un plan de Medicare diferente a nuestro plan Medicare D-SNP, nosotros trabajaremos con su plan de Medicare para coordinar sus beneficios.

### Cómo puede contactar al programa Medicare State Health Insurance Assistance (SHIP)

El State Health Insurance Assistance Program (SHIP) ofrece asesoría gratuita acerca del seguro médico a las personas que tienen Medicare. En Virginia, SHIP es llamado Programa de Asesoría del Seguro en Virginia (VICAP). Usted puede contactar al programa de asesoría del seguro en Virginia si requiere asistencia con **las opciones de seguro para la salud con Medicare**. VICAP puede ayudarle a entender sus opciones dentro del plan de Medicare y puede responder a las preguntas que pueda tener acerca del cambio a un nuevo plan de Medicare. VICAP es un programa independiente que es gratuito y no está conectado con ninguno de los planes de salud de CCC Plus.

|                           |                                                                                                                  |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Llame</b>              | <b>1-800-552-3402.</b> Esta llamada es gratuita.                                                                 |
| <b>TTY</b>                | Los usuarios de TTY marcan <b>711</b> .                                                                          |
| <b>Escriba</b>            | Virginia Insurance Counseling and Assistance Program<br>1610 Forest Avenue, Suite 100<br>Henrico, Virginia 23229 |
| <b>Correo electrónico</b> | <a href="mailto:aging@dars.virginia.gov">aging@dars.virginia.gov</a>                                             |
| <b>Internet</b>           | <a href="https://www.vda.virginia.gov/vicap.htm">https://www.vda.virginia.gov/vicap.htm</a>                      |

## 3. Cómo trabaja CCC Plus

---

UnitedHealthcare Community Plan contrata con doctores, especialistas, hospitales, farmacias proveedores de cuidados y de apoyo a largo plazo y a otros proveedores. Todos estos proveedores forman nuestra red de proveedores. Usted también tendrá un Coordinador de Cuidados. Su Coordinador de Cuidados trabajará de manera estrecha con usted y sus proveedores para entender y llenar sus necesidades. Su Coordinador de Cuidados también le proveerá con información acerca de sus servicios con cobertura y las opciones que están disponibles para usted. Consulte a **Su Coordinador de Cuidados** en la sección 4 de este manual.

### Cuáles son las ventajas de CCC Plus

CCC Plus provee apoyo personal y coordinación para llenar sus necesidades individuales. Algunas de las ventajas de CCC Plus incluyen:

- Usted tendrá un equipo de cuidados, el cual fue formado con su ayuda. Su equipo puede incluir doctores, enfermeras, asesores u otros profesionales de la salud quienes están ahí para ayudarle a obtener los cuidados que usted necesita.
- Usted tendrá un Coordinador de Cuidados. Su Coordinador de Cuidados trabajará con usted y sus proveedores para asegurar que usted obtiene los cuidados que necesita.
- Usted podrá dirigir sus propios cuidados de salud con la ayuda de su equipo de cuidados y su Coordinador de Cuidados
- Su equipo de cuidados y su Coordinador de Cuidados trabajarán con usted para formular un plan de sus cuidados de salud específicamente diseñado para llenar sus necesidades de salud y/o sus necesidades de apoyo a largo plazo. Su equipo de cuidados estará encargado de coordinar los servicios que necesita. Esto significa, por ejemplo, lo siguiente:
  - Su equipo de cuidados estará seguro que sus doctores conocen todos los medicamentos que usted está tomando para poder reducir cualquier posible efecto secundario

- Su equipo de cuidados asegurará que los resultados de sus pruebas se den a conocer a todos los doctores y otros proveedores en su caso para que todos ellos estén informados de su estado de salud y de las necesidades que tiene
- Las opciones de tratamiento que incluyen cuidados preventivos, de rehabilitación y cuidados basados en la comunidad
- Una enfermera de guardia u otro personal certificado se encuentran disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana para responder a sus preguntas. Estamos aquí para ayudarle. Usted puede contactarnos llamando al número anotado al pie de esta página. Así mismo, consulte **La Línea de Asesoría Médica disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana** en la sección 5 de este manual.

## Cuál es la ventaja por escoger a UnitedHealthcare Community Plan

UnitedHealthcare Community Plan le da a usted acceso a múltiples proveedores de los cuidados para la salud — doctores, enfermeras, hospitales y farmacias — para así tener acceso a todos los servicios de salud que usted necesita. Nosotros cubrimos los cuidados preventivos, servicios de revisiones médicas y tratamientos. Estamos dedicados a mejorar su salud y su bienestar,

**Para conocer beneficios adicionales ofrecidos por UnitedHealthcare Community Plan, por favor vea la página 83 de este manual.**

Recuerde, las respuestas a cualquiera de sus preguntas se encuentran solo pulsando una tecla en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan).

O usted puede llamar a Servicios para Miembros al **1-866-622-7982**, TTY **711**.

### 3. Cómo trabaja CCC Plus

---

Nuestro personal en Servicios para Miembros pueden:

- Explicar sus servicios con cobertura
- Asistirle con asuntos relacionados a sus reclamaciones y facturas
- Remplazar sus tarjetas de identificación
- Hacer cambios en su dirección o número telefónico
- Escuchar y ayudarle con algún problema
- Describir el mejoramiento de la calidad de nuestros beneficios
- Proveer nuestro índice de calidad en el rendimiento (incluyendo el pago de incentivos, si es aplicable), el mejoramiento de la calidad, los resultados de las encuestas acerca de la satisfacción de nuestros clientes, estructura y operación del Plan de Salud

## Política de transición de la atención: El período de continuidad de los cuidados

El período de continuidad de la atención es de 30 días. Si UnitedHealthcare Community Plan es nuevo para usted, puede seguir viendo a los médicos a los que va ahora durante los primeros 30 días. También puede continuar obteniendo sus servicios autorizados durante la vigencia de la autorización o durante los 30 días posteriores a su inscripción, lo que ocurra primero. Después de 30 días en nuestro plan, tendrá que ver a médicos y otros proveedores en la red de UnitedHealthcare Community Plan. Un proveedor de la red es un proveedor que contrata y trabaja con nuestro plan de salud. Puede llamar a su Coordinador de Cuidados o a Servicios para Miembros para obtener ayuda para encontrar un proveedor de la red. Su nuevo proveedor puede obtener una copia de sus registros médicos de su proveedor anterior, si es necesario.

Si se encuentra en un centro de enfermería al inicio del Programa CCC Plus, puede optar por:

- Permanecer en la instalación siempre y cuando continúe cumpliendo con los criterios del DMAS de Virginia para la atención en un centro de enfermería,
- Mudarse a un centro de enfermería diferente, o
- Recibir servicios en su hogar u otra configuración basada en la comunidad.

El período de continuidad de la atención puede ser mayor de 30 días.

UnitedHealthcare Community Plan puede extender este período de tiempo hasta que se complete la evaluación de riesgos de salud. UnitedHealthcare Community Plan también ampliará este plazo para que tenga una transición segura y efectiva a un proveedor calificado dentro de nuestra red. Hable con su Coordinador de Cuidados si desea obtener más información sobre estas opciones.

## Si usted tiene otra cobertura

Medicaid es el pagador en la última instancia. Esto significa que si usted tiene otro seguro, está en un accidente de automóvil o si usted se accidenta en el trabajo, el otro seguro o el seguro para la Compensación de los Trabajadores (Workers Compensation) tienen que pagar primero.

Nosotros tenemos el derecho y la responsabilidad para cobrar el pago por los servicios cubiertos por Medicaid cuando Medicaid no es el primer pagador. Nosotros no trataremos de obtener ningún pago directamente de usted. Contacte a Servicios para Miembros si usted tiene otro seguro para que nosotros podamos coordinar en la mejor manera posible sus beneficios. Su Coordinador de Cuidados también trabajará con usted y su otro plan de salud para la coordinación de sus servicios.

## 4. Su Coordinador de Cuidados

---

Usted tiene un Coordinador de Cuidados dedicado, quién puede ayudarle a entender la cobertura de sus servicios y de cómo puede usted tener acceso a esos servicios cuando le sean necesarios. Su Coordinador de Cuidados le ayudará también a trabajar con su doctor y otros proveedores profesionales de los cuidados de salud (tales como enfermeras y terapistas físicos) para proveerle con una evaluación de los riesgos de su salud y a desarrollar un plan de cuidados que tome en consideración sus necesidades y preferencias. Nosotros le ofrecemos más información acerca de la **evaluación de los riesgos de su salud** y del **plan de cuidados** a continuación.

### Cómo puede ayudar su Coordinador de Cuidados

Su Coordinador de Cuidados puede:

- Responder a las preguntas acerca de sus cuidados de salud
- Proveer asistencia ayudándole a hacer sus citas
- Responder a las preguntas acerca de la obtención de los servicios que usted necesita. Por ejemplo, servicios para la salud mental, transporte y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS).
  - Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) son una variedad de servicios y apoyos que ayudan a personas de edad avanzada y a personas con discapacidades a llenar las necesidades de asistencia para la vida diaria, a mejorar la calidad de sus vidas y a facilitar una máxima independencia. Los ejemplos incluyen servicios de asistencia personal (asistencia para bañarse, vestirse y otras actividades básicas de la vida diaria y de los auto-cuidados), así como también el apoyo para las tareas de cada día como la preparación de alimentos, lavado de la ropa y el ir de compras. LTSS son provistos por períodos largos de tiempo, usualmente en los hogares y comunidades, como también en las casas de asistencia con cuidados de enfermería.

- Ayuda con los arreglos para el transporte a sus citas, cuando es necesario. Si usted necesita de transportación para recibir un servicio cubierto por Medicaid y no puede llegar por usted mismo, la transportación para situaciones que no son de emergencia está cubierta. Solo necesita llamar a ModivCare al **1-844-604-2078** (sin costo para usted) o llamar a su Coordinador de Cuidados para obtener asistencia.

## Contactos para el transporte

| Nombre     | Información del contacto           | Detalles                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Transporte | <b>ModivCare:<br/>844-604-2078</b> | <p>Llame para hacer una cita para el transporte o para obtener asistencia con el transporte. Para citas no urgentes, los miembros deben solicitar transporte al menos cinco (5) días hábiles antes de su cita.</p> <p>Los viajes urgentes se pueden programar el mismo día. Los viajes urgentes se definen como una solicitud de transporte no programada el mismo día en la que no existe una amenaza inmediata para la vida o las extremidades, pero el miembro debe ser visto el día de la solicitud y el tratamiento no se puede retrasar hasta el día siguiente, por ejemplo, altas del hospital o el departamento de emergencias, citas de seguimiento programadas menos de 5 días después de la última cita; citas preoperatorias inesperadas; egresos hospitalarios; citas para nuevas condiciones médicas o pruebas cuando el miembro debe ser visto; y diálisis.</p> |

## 4. Su Coordinador de Cuidados

---

- Contestar a sus preguntas acerca de los cuidados de la vida diaria y las necesidades de vida, incluyendo estos servicios:
  - Cuidados de enfermería especializada
  - Terapia física
  - Terapia ocupacional
  - Terapia del habla
  - Cuidados de salud en el hogar
  - Servicios de cuidados personales
  - Servicios para la salud mental
  - Servicios para el tratamiento de adicciones
  - Otros servicios que usted pueda necesitar

## Qué es un examen de salud

Dentro de los tres meses posteriores a su inscripción en UnitedHealthcare Community Plan, un representante de UnitedHealthcare Community Plan se comunicará con usted o con su representante autorizado por teléfono, por correo o en persona para hacerle algunas preguntas sobre sus necesidades sociales y de salud. Estas preguntas conformarán lo que se llama “Evaluación de salud”. El representante le preguntará acerca de cualquier afección médica que tenga o que haya tenido en el pasado, la capacidad que usted tenga para hacer cosas cotidianas y sus condiciones de vida.

Sus respuestas ayudarán a UnitedHealthcare Community Plan a comprender cuáles son sus necesidades, a identificar si usted tiene necesidades médicas complejas y a determinar cuándo se requiere su evaluación de riesgos para la salud. UnitedHealthcare Community Plan usará sus respuestas para desarrollar su plan de cuidados médicos. (Para obtener más información sobre su plan de atención, consulte lo siguiente).

Comuníquese con UnitedHealthcare Community Plan si necesita modificaciones especiales para participar en el examen de salud.

Si tiene preguntas acerca del examen de salud, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-866-622-7982**, TTY **711**. Esta llamada es gratuita.

## Qué es una Evaluación de los riesgos de salud

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

## Qué es un plan de cuidados

Un plan de cuidados incluye los servicios de salud que son necesarios y la manera en que usted puede obtenerlos. Se basa en su evaluación de sus riesgos a la salud. Después de que su Coordinador de Cuidados y usted han completado su evaluación de riesgos para su salud, su equipo de cuidados se entrevistará con usted para hablar acerca de cuáles servicios para la salud y/o servicios y apoyos a largo plazo usted necesita y desea, así como cuáles son sus metas y preferencias. Juntos, usted y su equipo de cuidados crearán un plan de cuidados personalizado, específico para llenar sus necesidades. **(A esto se le llama plan personalizado de cuidados — person-centered care plan.)** Su equipo de cuidados trabajará con usted para actualizar su plan de cuidados cuando los servicios de salud que usted necesita o que solicita cambian y se actualizan también una vez al año.

## 4. Su Coordinador de Cuidados

---

### Cómo puede contactar a su Coordinador de Cuidados

|                 |                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Llamando</b> | <p><b>1-866-622-7982.</b> Esta llamada es gratuita.<br/>De las 8:00 a.m. a las 8:00 p.m. diario.</p> <p>Tenemos servicios de interpretación gratuitos para aquellas personas que no hablan inglés.</p> |
| <b>TTY</b>      | <p><b>TTY 711.</b> Esta llamada es gratuita.<br/>De las 8:00 a.m. a las 8:00 p.m. diario.</p> <p>Tenemos servicios de interpretación gratuitos para aquellas personas que no hablan inglés.</p>        |

## 5. Asistencia por Servicios para Miembros

---

Nuestro personal de Servicios para Miembros se encuentra disponible para darle asistencia si usted tiene cualquier pregunta acerca de sus beneficios, servicios o procedimientos o si tiene preocupaciones acerca del UnitedHealthcare Community Plan. Cuando usted llama a Servicios para Miembros, usted será transferido con un Defensor de los Miembros entrenado. Ellos le ayudarán a obtener lo mejor de su plan de salud. Por ejemplo, su Defensor podrá contestar a sus preguntas, resolver asuntos, ayudarle con sus citas a los doctores y conectarle directamente con los servicios que están disponibles para usted.

Llame al **1-866-622-7982**, TTY **711**, de las 8:00 a.m. a las 8:00 p.m. diario.

### Cómo contactar a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan

|                    |                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Llamando</b>    | <b>1-866-622-7982</b> . Esta llamada es gratuita.<br>De las 8:00 a.m. a las 8:00 p.m. diario.<br><br>Tenemos servicios de interpretación gratuitos para aquellas personas que no hablan inglés. |
| <b>TTY</b>         | TTY <b>711</b> . Esta llamada es gratuita.                                                                                                                                                      |
| <b>Escribiendo</b> | UnitedHealthcare Community Plan<br>9020 Stony Point Parkway, Suite 400<br>Richmond, VA 23235                                                                                                    |
| <b>Internet</b>    | <a href="https://myuhc.com/CommunityPlan">myuhc.com/CommunityPlan</a>                                                                                                                           |

# Cómo pueden brindar ayuda Servicios para Miembros

### Servicios para Miembros puede:

- Responder a las preguntas que usted tenga acerca del UnitedHealthcare Community Plan
- Responder a las preguntas que usted tenga acerca de reclamaciones, facturación o acerca de su tarjeta de identificación como Miembro
- Ayudarle a localizar a un doctor o dejarle saber si un doctor se encuentra dentro de la red de UnitedHealthcare Community Plan
- Asistirle si desea cambiar de Proveedor de Atención Primaria (PCP)
- Proveerle con información acerca de las decisiones de la cobertura acerca de los servicios para los cuidados de su salud, incluyendo los medicamentos
- Una decisión acerca de la cobertura de los cuidados para su salud es una decisión acerca de:
  - Sus beneficios y servicios cubiertos, o
  - La cantidad de dinero que pagaremos por sus servicios de salud.
- Proveerle información acerca de la forma en que debe presentar una apelación acerca de una decisión de cobertura de los servicios para los cuidados de salud, incluyendo los medicamentos. Una apelación es la manera formal de solicitar de nosotros que haya una revisión y un cambio en nuestra decisión acerca de su cobertura, en el caso en que usted piense que nuestra decisión fue incorrecta. (Revise **Su derecho para apelar** en la sección 15 de este manual.)
- Las reclamaciones acerca de los servicios para los cuidados de su salud, incluyendo los medicamentos. Usted puede presentarnos una queja reclamación de nuestros servicios o en contra de cualquier otro proveedor (incluyendo a un proveedor que sea o no sea parte de nuestra red). Un proveedor dentro de nuestra red es un proveedor que tiene un contrato y trabaja con el plan de salud. Usted también puede presentarnos una reclamación acerca de la calidad de los cuidados que recibe o puede presentarla a la Línea de asistencia de CCC Plus al **1-844-374-9159** o TDD **1-800-817-6608**. (Vea **Su derecho a presentar una reclamación** en la sección 15 de este manual.)

### Línea de Asesoría Médica disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Si usted no puede contactar a su Coordinador de Cuidados, usted puede contactar a una enfermera o a un profesional de la salud del comportamiento las 24 horas del día, los 7 días de la semana para obtener respuestas a sus preguntas. Llame gratuitamente al **1-888-547-3674**, TTY **711**.

Cuando usted se encuentra enfermo o se ha lesionado, puede ser difícil para usted tomar decisiones acerca de sus cuidados de salud. Usted no puede saber si necesita acudir a una sala de emergencia, visitar un centro de cuidados urgentes, hacer una cita con su doctor o iniciar los cuidados necesarios por usted mismo.

Una Línea de Enfermeras (NurseLine) puede brindarle información para ayudarle a decidir. Las enfermeras pueden darle información y apoyo para muchas situaciones y preocupaciones que tenga, incluyendo:

- Lesiones menores
- Enfermedades comunes
- Opciones en los consejos disponibles para administrarse usted mismo los cuidados y tratamientos
- Diagnósticos recientes y condiciones crónicas
- Escogiendo los cuidados médicos apropiados
- Prevención de las enfermedades
- Nutrición y buena condición física
- Preguntas para el doctor
- Cómo tomar los medicamentos de manera segura
- Salud en los niños

Usted puede solo tener curiosidad acerca de alguna cuestión médica y quiere conocer más. Enfermeras registradas con experiencia le pueden brindar información, apoyo y educación para cualquier pregunta o preocupación relacionada a la salud que usted tenga. Simplemente llame gratuitamente al número **1-888-547-3674** o TTY **711** para las personas con problemas de audición.

## 5. Asistencia por los Servicios para Miembros

---

Usted puede llamar gratuitamente a ese número a cualquier hora las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Y no hay límite para el número de llamadas que usted quiera hacer.

Por favor recuerde que la Línea de Enfermeras no es un sustituto de su PCP. Siempre haga un seguimiento con su PCP si usted tiene preguntas acerca de los cuidados para su salud.

|                 |                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Llamando</b> | <b>1-888-547-3674.</b> Esta llamada es gratuita.<br>Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.<br><br>Tenemos servicios de interpretación gratuitos para aquellas personas que no hablan inglés. |
| <b>TTY</b>      | <b>TTY 711.</b> Esta llamada es gratuita.                                                                                                                                                                       |

## Línea de crisis para la salud del comportamiento las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Contacte al UnitedHealthcare Community Plan si usted no conoce cómo obtener servicios durante una crisis. Le ayudaremos a encontrar a un proveedor especializado en crisis. Llame al **1-866-622-7982**, TTY **711**. Si usted tiene pensamientos acerca de lastimarse a usted mismo o a otras personas, usted debe:

- Obtener ayuda de inmediato llamando al **911**
- Acudir a la sala de emergencias del hospital más cercano

|                 |                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Llamando</b> | <b>1-866-622-7982.</b> Esta llamada es gratuita.<br>Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.<br><br>Tenemos servicios de interpretación gratuitos para aquellas personas que no hablan inglés. |
| <b>TTY</b>      | <b>TTY 711.</b> Esta llamada es gratuita.                                                                                                                                                                       |

### **Línea de Asesoramiento para servicios para el tratamiento de adicción y recuperación (ARTS) disponible 24 horas del día, los 7 días de la semana**

Si usted no puede contactar a su Coordinador de Cuidados, usted puede llamar a ARTS profesionales de salud las 24 horas del día, los 7 días de la semana, quienes responderán a sus preguntas. Llame al: **1-866-622-7982**, TTY **711**. Esta llamada es gratuita.

|                 |                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Llamando</b> | <b>1-866-622-7982</b> . Esta llamada es gratuita.<br><br>Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.<br><br>Tenemos servicios de interpretación gratuitos para aquellas personas que no hablan inglés. |
| <b>TTY</b>      | TTY <b>711</b> . Esta llamada es gratuita.                                                                                                                                                                           |

### **Si usted no habla inglés**

Nosotros proveemos servicios de traducción. Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan tiene empleados que hablan su idioma y ellos pueden tener acceso a los servicios de interpretación. Así mismo, tenemos información impresa en muchos idiomas para nuestros Miembros. Actualmente hay materiales impresos en inglés y en español. Si usted necesita interpretación, por favor llame a Servicios para Miembros (sin costo para usted) al **1-866-622-7982**, TTY **711**, y solicite a un intérprete o materiales impresos en su idioma.

### **Si usted tiene una discapacidad y necesita asistencia para comprender información o trabajar con su Coordinador de Cuidados**

Nosotros proveemos acomodaciones razonables para personas con discapacidades de acuerdo a lo establecido por el Acta de Americanos con Discapacidades (Americans with Disabilities Act). Esto incluye, pero no está limitado al, acceso a las comunicaciones (tales como interpretación con el lenguaje de señas por un intérprete calificado), braille o materiales impresos con letras de mayor tamaño, etc. Si usted necesita de acomodaciones razonables, por favor llame a Servicios para Miembros (gratuitamente) al **1-866-622-7982**, TTY **711**, para solicitar la ayuda que necesita.

### **Si usted tiene preguntas acerca de su elegibilidad en Medicaid**

Si usted tiene preguntas acerca de su elegibilidad con Medicaid, contacte al trabajador de elegibilidad a Medicaid en el Departamento de Servicios Sociales (Department of Social Services) en la ciudad o condado en donde usted vive. Si tiene preguntas acerca de los servicios que obtiene dentro de UnitedHealthcare Community Plan, llame a Servicios para Miembros al **1-866-622-7982**, TTY **711**.

# 6. Como obtener cuidados de salud y servicios

---

## Como obtener los cuidados de su Doctor de Atención Primaria

### Su Doctor de Atención Primaria

Un Doctor de Atención Primaria (PCP) es un doctor seleccionado por usted que reúne los requerimientos del Estado y está entrenado para darle a usted los cuidados médicos básicos. Usted usualmente verá a su PCP para la mayoría de los cuidados para sus necesidades de salud. Su PCP trabajará con usted y con su Coordinador de Cuidados para coordinar la mayoría de los servicios que usted obtiene como Miembro de nuestro plan. La coordinación de sus servicios o suministros incluye checar o consultar con otros proveedores del plan acerca de sus cuidados de salud. Si usted necesita ver a otro doctor diferente a su PCP, puede necesitar una referencia (autorización) de su PCP. Usted también podría necesitar una previa autorización por adelantado de su PCP antes de recibir ciertos tipos de servicios con cobertura o suministros. En algunos casos, su PCP necesitará obtener una autorización (previa aprobación) de nosotros. Ya que su PCP le proveerá y coordinará sus cuidados médicos, usted debe mandar todos sus récords médicos previos a la oficina de su PCP. Contacte a Servicios para Miembros o a su Coordinador de Cuidados con cualquiera pregunta que tenga acerca de la transferencia de sus récords médicos a su PCP o acerca de sus cuidados y servicios.

## 6. Como obtener cuidados de salud y servicios

---

### Para escoger a su PCP

Los nuevos Miembros tienen el derecho de escoger a un PCP dentro de nuestra red tan pronto como se hayan inscrito en UnitedHealthcare Community Plan. Lo pueden hacer llamando a Servicios para Miembros al **1-866-622-7982**, TTY **711**. Si usted no tiene ya un PCP, debe solicitar uno antes del día 25 del previo mes de inscripción antes de la fecha efectiva de inscripción. Si no lo hace, UnitedHealthcare Community Plan puede asignarle un PCP a usted. Usted tiene el derecho de cambiar de PCP en cualquier momento llamando a Servicios para Miembros al número anotado al pie de esta página.

Si usted no tiene a un PCP dentro de nuestra red, nosotros podemos asistirle para que encuentre a un PCP altamente calificado dentro de su comunidad. Para tener ayuda para encontrar a un proveedor usted puede emplear el directorio de proveedores en internet en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan). El directorio de proveedores incluye una lista de todos los doctores, clínicas, hospitales, laboratorios, servicios a largo plazo y otros proveedores que trabajan con UnitedHealthcare Community Plan. El directorio también incluye información acerca de las acomodaciones que cada proveedor tiene para aquellas personas que tienen discapacidades o que o hablan inglés. Nosotros también podemos proveerle con una copia impresa del directorio de proveedores. También usted puede llamar a Servicios para Miembros al número anotado al final de esta página o llamar a su Coordinador de Cuidados para que le asista.

Usted puede querer encontrar a un doctor que:

- Conozca y entienda su condición de salud,
- Admita a nuevos pacientes,
- Pueda hablar su idioma, o
- Tenga las acomodaciones para personas con discapacidades físicas o de otro tipo.

Si usted tiene una discapacidad o una enfermedad crónica, usted puede solicitar que un especialista sea su PCP. Nosotros también consultamos con los Centros Calificados de Salud Federales (Federally Qualified Health Centers (FQHC)) que proveen cuidados primarios y de especialidad. Otra clínica también puede actuar como su PCP si esa clínica es un proveedor de una red.

## 6. Como obtener cuidados de salud y servicios

---

Las mujeres pueden también solicitar consultar con un médico gineco-obstetra para las cuestiones médicas de la mujer. Esto incluye los exámenes de rutina, los cuidados de seguimiento si hay algún problema y los cuidados regulares durante el embarazo. Las mujeres no necesitan de una referencia para ver a un proveedor médico gineco-obstetra dentro de nuestra red.

### **Si usted tiene Medicare, infórmenos acerca de su PCP**

Si usted tiene Medicare, no tiene que escoger a un PCP en la red de UnitedHealthcare Community Plan. Simplemente llame a Servicios para Miembros o a su Coordinador de Cuidados para dejarnos saber el nombre y la información de contacto de su PCP. Nosotros coordinaremos sus cuidados con el PCP asignado de Medicare.

### **Si su PCP actual no se encuentra dentro de nuestra red**

Si usted no tiene Medicare, usted necesita escoger a un PCP que se encuentre dentro de la red de UnitedHealthcare Community Plan. Usted podrá continuar consultando con su PCP durante el período de continuidad de atención aún si el PCP no es parte de la red de UnitedHealthcare Community Plan. El período de continuidad de la atención es de 30 días. Su Coordinador de Cuidados puede asistirle para encontrar a un PCP dentro de nuestra red. Al final del período de continuidad de atención, si usted no ha escogido a un PCP dentro de la red de UnitedHealthcare Community Plan, nosotros le asignaremos a usted un PCP.

### **Para cambiar de PCP**

Usted puede llamar en cualquier momento a Servicios para Miembros para cambiar de PCP a otro dentro de nuestra red. Cuando cambie su PCP, le enviaremos una nueva tarjeta de identificación de Miembro. El PCP es efectivo inmediatamente. También es posible que su PCP pueda salir de nuestra red. Nosotros le avisaremos dentro de 15 días después de saber de esto. Podemos ayudarle a encontrar a un nuevo PCP. Llame a Servicios para Miembros al **1-866-622-7982**, TTY **711**.

## 6. Como obtener cuidados de salud y servicios

---

### Para obtener una cita con su PCP

Su PCP le proporcionará la mayoría de los cuidados de salud que usted necesita. Llame a su PCP para hacer una cita. Si necesita de cuidados antes de su primera cita, llame a la oficina de su PCP y solicite una cita más temprano. Si necesita de ayuda para hacer esa cita, llame a Servicios para Miembros al número anotado abajo.

### Normas para las citas

Usted puede obtener una cita con su PCP en el mismo periodo de tiempo que cualquier otro paciente visto por un PCP. Espere tener los siguientes tiempos de espera para ver a un proveedor:

- En emergencias — inmediatamente
- Para cuidados urgentes y visitas en el consultorio demostrando síntomas — dentro de 24 horas después de solicitar la cita
- Para visitas rutinarias de cuidados primarios — dentro de 30 días calendario

Si usted está embarazada debe hacer sus citas con su médico gineco-obstetra como sigue:

- Al primer trimestre (los primeros 3 meses) — dentro de catorce (14) días calendario después de solicitar la cita
- Al segundo trimestre (de 3 a 6 meses) — dentro de siete (7) días calendario después de solicitar la cita
- Al tercer trimestre (de 6 a 9 meses) — dentro de cinco (5) días hábiles después de solicitar la cita
- En embarazos de alto riesgo — dentro de tres (3) días hábiles o inmediatamente en una emergencia

Si usted no puede recibir una cita dentro de los límites de tiempo arriba mencionados, llame a Servicios para Miembros al número anotado abajo y ahí le ayudarán a obtener la cita.

### Cómo obtener cuidados de parte de proveedores dentro de la red

Nuestra red de proveedores incluye acceso a los cuidados las 24 horas del día, los 7 días de la semana e incluye servicios en los hospitales, los doctores, los especialistas, en centros de cuidados de urgencia, casas de reposo con servicios de enfermería, a domicilio y servicios de proveedores dentro de la comunidad, proveedores de intervención temprana, proveedores de terapia de rehabilitación, servicios para el tratamiento de adicciones y recuperación, proveedores de la salud domiciliaria y hospicio, proveedores de equipo médico durable y otros tipos de proveedores. UnitedHealthcare Community Plan le provee a usted con opciones para escoger a los proveedores y localización de los mismos para evitar que tenga que viajar demasiado para consultar con ellos. Pueden existir circunstancias especiales en donde se requiera periodos más largos de tiempo de viaje; sin embargo, esas son raras excepciones.

#### Normas del tiempo y distancia del viaje

UnitedHealthcare Community Plan le proveerá a usted con los servicios necesarios que necesita dentro del tiempo de viaje y las distancias estándar como se describen en la tabla abajo. Esos estándares se aplican a los servicios a donde usted viaja para poder recibir cuidados de salud de proveedores dentro de la red. Estos estándares no se aplican a proveedores que le dan servicios en su domicilio. Si usted vive en un área urbana, usted no debe viajar más de 30 millas o 45 minutos para recibir servicios. Si usted vive en un área rural, en la región de Roanoke/Alleghany o la región del Suroeste, usted no debe viajar más de 60 millas o 75 minutos para recibir servicios.

## 6. Como obtener cuidados de salud y servicios

| Tiempo de viaje y distancias estándar para miembros                                                                      |                        |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------|
| Estándar                                                                                                                 | Distancia              | Tiempo                   |
| <b>Urbano</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• PCPs</li><li>• Especialistas y otros proveedores</li></ul>         | 15 millas<br>30 millas | 30 minutos<br>45 minutos |
| <b>Rural</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• PCPs</li><li>• Especialistas y otros proveedores</li></ul>          | 30 millas<br>60 millas | 45 minutos<br>75 minutos |
| <b>Regiones de Roanoke/Alleghany y del Suroeste</b>                                                                      |                        |                          |
| <b>Urbano y rural</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• PCPs</li><li>• Especialistas y otros proveedores</li></ul> | 30 millas<br>60 millas | 45 minutos<br>75 minutos |

### Accesibilidad

UnitedHealthcare Community Plan quiere asegurarse que todos los proveedores y servicios son accesibles (incluyendo los accesos físicos y geográficos) para las personas con discapacidades tanto como lo es para personas que no tienen discapacidades. Si usted tiene dificultad en obtener una cita con un proveedor o tener acceso a servicios debido a una discapacidad, contacte a Servicios para Miembros al **1-866-622-7982**, TTY **711** para obtener asistencia.

### Visitas de telesalud

UnitedHealthcare ofrece a los miembros opciones para visitas de telesalud con proveedores locales o mediante el uso de los socios de telesalud preferidos de UnitedHealthcare. Para obtener información sobre la cobertura de beneficios, inicie sesión en la cuenta de su plan de salud. Repasemos algunos de los conceptos básicos sobre telesalud y cómo funciona.

### Visitas de telesalud

Hable con un proveedor de atención médica por teléfono o video.

¿Qué significa exactamente telesalud? Puede que sea un término que escuche con más frecuencia últimamente. Esto se debe a que los servicios de telesalud se han expandido recientemente para ofrecer a más personas formas de conectarse con un proveedor de atención médica desde casa o en el trabajo. Con la telesalud, utiliza tecnologías digitales, como su teléfono inteligente o computadora, para hablar con un proveedor. Puede obtener opciones de tratamiento e incluso recetas de medicamentos, si es necesario.

### ¿Cómo funcionan las visitas de telesalud?

Telesalud no requiere equipo especial y puede ser fácil comenzar. Si se conecta con un proveedor local, puede hablar primero con su proveedor por teléfono y hacer preguntas antes de comenzar su visita, de modo que esté preparado cuando sea el momento de comenzar su cita. ¿Quiere hacerse una idea de cómo podría ser una visita?

### Telesalud para visitas relacionadas con las pruebas de COVID-19

Para las visitas relacionadas con las pruebas de COVID-19, una visita de telesalud puede ser una forma preferida de conectarse con su proveedor. UnitedHealthcare se compromete a ayudarlo a obtener la atención que necesita desde el hogar o el trabajo a través de visitas de telesalud durante este tiempo.

### Visitas de telesalud para la salud mental

Si necesita atención por problemas de salud mental, es posible que los proveedores de atención médica locales puedan brindarle una visita de telesalud. La cobertura puede depender de los beneficios de su plan de salud, así que inicie sesión en la cuenta de su plan de salud o llame primero al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro para saber qué beneficios pueden estar disponibles para usted.

## 6. Como obtener cuidados de salud y servicios

---

### Apoyo emocional por teléfono o aplicación móvil

Algunos programas de apoyo emocional pueden estar incluidos con ciertos planes de salud. Inicie sesión en la cuenta de su plan de salud para saber si los siguientes beneficios pueden estar disponibles con su plan de salud.

Es posible que haya disponible una aplicación móvil de apoyo emocional a pedido para ayudarlo a lidiar con el estrés, la ansiedad y la depresión. Con la terapia en línea, puede comunicarse regularmente con un terapeuta, de manera segura desde su teléfono o computadora de escritorio. No se requiere visita al consultorio. Este método es conveniente, seguro y protegido.

### Los siguientes son 3 pasos para ayudarlo a aprovechar al máximo su visita de telesalud:

#### 1. Prepárese

Tómese unos minutos antes de su visita de telesalud para prepararse.

**Espacio tranquilo:** Elija un área tranquila para evitar interrupciones de la familia y las mascotas.

**Buena iluminación:** Colóquese en una habitación bien iluminada y trate de evitar ventanas en el fondo que pueden causar deslumbramiento.

**Lugar cómodo:** Encuentre un lugar para acomodarse durante su visita, como sentarse en la mesa de la cocina o en una cómoda silla de sala.

#### 2. Prepare su información

Es una buena idea tener sus preguntas e información a la mano.

**Preguntas:** Anote preguntas sobre síntomas, procedimientos o prescripciones.

**Medicamentos:** Enumere sus recetas, medicamentos de venta libre, además de vitaminas y suplementos, junto con el nombre y la dirección de su farmacia.

**Seguro:** Tenga a mano su tarjeta de identificación de miembro de UnitedHealthcare para facilitar el acceso.

### 3. Prepare su tecnología

Para garantizar una experiencia fluida, dedique unos minutos a comprobar su tecnología.

**Conéctese:** Pruebe su señal de Internet para asegurarse de que sea fuerte.

**Cargar:** Conecte o cargue su dispositivo seleccionado: teléfono inteligente, computadora portátil o tableta.

**Posición:** Estabilice la cámara apoyándola frente a usted en lugar de sostener el dispositivo.

**Acceso:** Siga las instrucciones especiales de su proveedor, como descargar una aplicación o configurar una cuenta.

### Plan incentivo para proveedores

Usted tiene derecho a preguntar si tenemos acuerdos financieros especiales con nuestros proveedores que pueden afectar el uso de referencias y otros servicios que pueda necesitar. Para obtener esta información, llame a Servicios al Miembro al **1-866-622-7982** o al TTY **711** para personas con impedimentos auditivos y solicite información sobre los arreglos de pago del proveedor.

### ¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los proveedores de la red de UnitedHealthcare Community Plan incluyen:

- Doctores, enfermeras y otros profesionales para los cuidados de salud a los cuales usted puede acudir como Miembro de nuestro plan
- Clínicas, hospitales, establecimientos de reposo con servicios de enfermería y otros sitios que proveen servicios para la salud en nuestro plan
- Proveedores de intervención temprana, agencias para la salud domiciliaria y proveedores de equipo médico durable
- Proveedores de servicios a largo plazo y de apoyo (LTSS), incluyendo casas de reposo con servicios de enfermería, hospicio, cuidados de salud durante el día para adultos, cuidados personales, cuidados de descanso y otros proveedores LTSS

Los proveedores dentro de la red han estado de acuerdo en aceptar el pago de nuestro plan por los servicios con cobertura como un pago en su totalidad.

**¿Preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros gratuitamente a **1-866-622-7982**, TTY **711**, 8 a.m. – 8 p.m., diario.

## 6. Como obtener cuidados de salud y servicios

---

### Conozca más acerca de los doctores dentro de la red

Usted puede obtener información acerca de los doctores dentro de la red, como, por ejemplo, el nombre, la dirección, los números de teléfono, las calificaciones profesionales, la especialidad, la escuela de medicina a la que asistieron, los programas de residencia, las certificaciones profesionales y los idiomas que hablan, acudiendo a internet en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), o llamando a Servicios para Miembros.

### ¿Qué son las “farmacias de la red”?

Las farmacias dentro de la red son farmacias (droguerías) que han estado de acuerdo en surtir los medicamentos de receta para nuestros Miembros. Use el Directorio de Proveedores y Farmacias para encontrar a una farmacia dentro de la red que usted quiera emplear.

Excepto durante una emergencia, usted debe obtener sus medicamentos de receta de una de nuestras farmacias dentro de la red si quiere que el plan le ayude a pagar el precio de esos medicamentos. Llame a Servicios para Miembros al número en la parte inferior de la página para conocer más información. Servicios para Miembros y el sitio en internet de UnitedHealthcare Community Plan le pueden brindar información actualizada acerca de los cambios en los proveedores y farmacias dentro de nuestra red.

Usted puede encontrar una lista de las farmacias dentro de nuestra red en el Directorio de Proveedores en internet en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), o llamando a Servicios para Miembros al **1-866-622-7982**, TTY **711**.

### ¿Quiénes son los especialistas?

Si usted necesita cuidados que su PCP no puede proveer, su PCP puede referirle a un especialista. La mayoría de los especialistas están en la red de UnitedHealthcare Community Plan. Un especialista es un doctor que provee cuidados de salud para una enfermedad específica o una parte específica del cuerpo. Hay muchas clases de especialistas. A continuación, hay unos pocos ejemplos:

- **Oncólogos** ofrecen cuidados para pacientes con cáncer
- **Cardiólogos** ofrecen cuidados para pacientes con problemas del corazón
- **Ortopedistas** ofrecen cuidados para pacientes con problemas en los huesos, articulaciones o músculos

52 **¿Preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros gratuitamente a **1-866-622-7982**, TTY **711**, 8 a.m. – 8 p.m., diario.

[Table of contents](#)

## 6. Como obtener cuidados de salud y servicios

---

Si usted necesita consultar con un especialista para continuar con su tratamiento, su PCP puede referirle para un número específico de visitas o por un periodo de tiempo determinado (conocido como una referencia continua). Si tiene una referencia continua, usted no necesitará una nueva referencia cada vez que necesita cuidados. Si usted tiene una condición de discapacidad o enfermedades crónicas puede solicitar que su PCP sea un especialista.

### **Si su proveedor abandona nuestro plan**

El proveedor que usted emplea en nuestra red puede abandonar nuestro plan. Si alguno de sus proveedores abandona nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen abajo:

- Aun cuando nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, nosotros debemos darle a usted un acceso sin interrupciones a proveedores calificados
- Cuando sea posible le notificaremos a usted con 15 días de anticipación para que usted pueda seleccionar a un nuevo proveedor
- Le ayudaremos a seleccionar a un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de cuidados de salud
- Si usted se encuentra bajo tratamiento médico, tiene el derecho de preguntar y nosotros trabajaremos con usted para asegurar que los tratamientos médicamente necesarios que usted recibe no se interrumpan
- Si usted piensa que nosotros no hemos reemplazado a su proveedor anterior con un proveedor calificado o que su caso no está apropiadamente administrado, usted tiene el derecho de presentar una reclamación o de solicitar por un nuevo proveedor
- Si usted encuentra que uno de sus proveedores está abandonando el plan, por favor contacte a su Coordinador de Cuidados para que podamos asistirle a encontrar a un nuevo proveedor que administre sus cuidados

# Cómo puede obtener cuidados de parte de proveedores por fuera de la red

Si no tenemos a un especialista dentro de la red de UnitedHealthcare Community Plan que pueda proveer los cuidados que usted necesita, nosotros le conseguiremos los cuidados que necesita de parte de un proveedor que se encuentre por fuera de la red de UnitedHealthcare Community Plan. Así mismo, nosotros le conseguiremos cuidados de salud por fuera de la red de UnitedHealthcare Community Plan en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- Cuando UnitedHealthcare Community Plan apruebe a un doctor por fuera de la red establecida;
- Cuando se le han otorgado servicios de emergencia o de planeamiento familiar por un proveedor o institución que se encuentre por fuera de nuestra red;
- Cuando usted recibe tratamiento de emergencia por parte de proveedores que no son parte de la red;
- Cuando la necesidad de servicios médicos no está disponible dentro de la red de UnitedHealthcare Community;
- Cuando UnitedHealthcare Community Plan no puede proveer las necesidades de un especialista dentro de los límites de la distancia estándar de 30 millas en un área urbana y de no más de 60 millas en áreas rurales;
- Cuando el tipo de proveedor necesario y disponible en la red de UnitedHealthcare Community Plan no proveerá el servicio que usted necesita debido a objeciones morales o religiosas;
- Dentro de los primeros 30 días de su inscripción cuando su proveedor no es parte de la red de UnitedHealthcare Community Plan pero lo ha tratado en el pasado; y
- Si usted está internado en una casa de reposo con servicios de enfermería cuando se inscribe en UnitedHealthcare Community Plan y la casa de reposo con servicios de enfermería no está dentro de la red de UnitedHealthcare Community Plan.

Si su PCP o UnitedHealthcare Community Plan le refieren a un proveedor por fuera de la red, usted no es responsable por ninguno de los costos, excepto por paciente pago por los servicios y apoyo a largo plazo. Vea la sección 13 en este manual para conocer la información acerca de lo que el paciente paga y la manera de conocer si usted tiene que hacerlo.

### **Cuidados de parte de proveedores fuera del Estado**

UnitedHealthcare Community Plan no es responsable por servicios que se obtienen fuera del Estado de Virginia excepto en las siguientes circunstancias:

- Servicios necesarios de emergencia o servicios de post-estabilización;
- En donde existe la práctica general para las personas que viven en su localidad de emplear recursos médicos en otro estado; y
- Los servicios requeridos son médicamente necesarios y no se encuentra disponibles en la red o dentro de los límites del Estado (Commonwealth) de Virginia.

### **Los proveedores de la red no pueden enviarle facturas a usted directamente**

Los proveedores de la red deben enviar las facturas a pagar directamente a UnitedHealthcare Community Plan. Los doctores, hospitales y otros proveedores en nuestra red no pueden hacerle pagar los servicios con cobertura. Ellos tampoco pueden cobrarle si nosotros pagamos menos de la cantidad que el proveedor nos cobra; a esto se le llama “facturación balanceada”. Esto es cierto aún si nosotros pagamos menos de lo que el proveedor cobra por el servicio. Si nosotros decidimos no pagar por algunos cargos, aun así, usted no tiene que pagarle nada a ellos.

### **Si usted recibe una factura por servicios con cobertura**

Si usted recibe una factura por cualquiera de los servicios cubiertos por nuestro plan, usted no debe pagar la factura. Si usted paga la factura, UnitedHealthcare Community Plan pudiera no reembolsarle ese gasto.

En cualquier ocasión en que usted recibe una factura de parte de un proveedor de la red o por servicios que están cubiertos por fuera de la red (por ejemplo, servicios de emergencia o servicios por planeamiento familiar), remítanos la factura. Nosotros contactaremos al proveedor directamente y cubriremos esa factura por servicios con cobertura.

## **Si usted recibe cuidados de proveedores por fuera de la red fuera de los Estados Unidos**

Nuestro plan no cubre ningunos cuidados de salud que usted obtiene fuera de los Estados Unidos.

# 7. Como obtener cuidados en emergencias

---

## Qué es una emergencia

Usted siempre está cubierto para emergencias. Una emergencia es una enfermedad súbita e inesperada, dolor agudo, accidente o lesión que causa serias heridas o la muerte si no es tratada de inmediato.

## Qué se hace en una emergencia

**¡Llame al 911 de inmediato!** No necesita una autorización o referencia para servicios de emergencia. Usted no necesita llamar primero a UnitedHealthcare Community Plan. Acuda al hospital más cercano. Llamando al **911** le ayudará a llegar al hospital. Usted puede acudir a cualquier hospital para recibir cuidados de emergencia, aún si se encuentra en otra ciudad u otro estado. Si usted está ayudando a otra persona, mantenga la calma.

Informe al personal del hospital que usted es un Miembro de UnitedHealthcare Community Plan. Pida que se comuniquen con UnitedHealthcare Community Plan al número anotado al reverso de su tarjeta de identificación de CCC Plus.

## Qué es una emergencia médica

Esto es cuando una persona piensa que debe actuar rápidamente para prevenir serios problemas de salud. Incluye síntomas como un dolor severo o una lesión seria. La condición es tan seria que, si no se obtiene atención médica de inmediato, usted puede creer podría causar:

- Un serio riesgo a su salud; o
- Serios daños a las funciones corporales; o

- Una será disfunción de los órganos o partes del cuerpo; o
- En el caso de una mujer embarazada en medio del parto, significando que en medio de dar a luz cualquiera de lo siguiente puede ocurrir:
  - No hay suficiente tiempo para transferirle a usted de manera segura a otro hospital antes de que el bebé nazca, o
  - Esa transferencia puede amenazar su salud o la salud del bebé por nacer.

## Qué es una emergencia de la salud del comportamiento

Una emergencia de la salud del comportamiento es cuando una persona piensa acerca o tiene miedo de lastimarse a sí misma o de lastimar a otra persona.

## Ejemplos de situaciones que no son emergencias

Algunos ejemplos de situaciones que no son emergencias: resfriados, dolores de garganta, malestar estomacal, cortaduras menores y moretones y esguinces o torceduras musculares. Si usted no está seguro, llame a su PCP o a la línea de asesoramiento médico de UnitedHealthcare Community Plan las 24 horas del día, los 7 días de la semana al número **1-866-622-7982**, TTY **711**.

## Si usted tiene una emergencia cuando se encuentra fuera del área de su domicilio

Usted o un miembro de su familia pueden tener una emergencia médica o de la salud conductual cuando se encuentran fuera del área de donde viven. Usted puede estar visitando a otras personas fuera del estado de Virginia. Durante su viaje, puede presentar súbitamente síntomas que se agravan. Si esto sucede, acuda a la sala de emergencias del hospital más cercano. Usted puede usar cualquier hospital para los cuidados de emergencia. Muestre su tarjeta de UnitedHealthcare Community Plan. Informe que usted está dentro del programa de UnitedHealthcare Community Plan.

## 7. Como obtener cuidados en emergencias

---

### Qué se cubre si usted tiene una emergencia

Usted puede recibir cuidados de emergencia cubiertos cuando los necesite en cualquier parte de los Estados Unidos. Si usted necesita una ambulancia para llegar a una sala de emergencias, nuestro plan cubre el transporte por ambulancia. Si usted tiene una emergencia, nosotros contactaremos al doctor que le brindó los cuidados de emergencia. Esos doctores nos informarán cuando su emergencia se haya completado.

### Notificación a UnitedHealthcare Community Plan acerca de su emergencia

Notifique su doctor y a UnitedHealthcare Community Plan tan pronto como sea posible acerca de la emergencia. Hágalo dentro de las primeras 48 horas si usted puede. Sin embargo, usted no tendrá que pagar por los servicios de emergencia si se comunica más tarde con nosotros. Nosotros tenemos que darle seguimiento a sus cuidados por la emergencia que sufrió. Su Coordinador de Cuidados le asistirá para obtener los servicios correctos en el lugar en que se encuentre antes de que le den de alta para asegurar que usted está recibiendo los mejores cuidados de salud posibles. Por favor llame al **1-866-622-7982**, TTY **711**.

Este número se anota al reverso de su tarjeta de identificación como Miembro de UnitedHealthcare Community Plan.

### Después de la emergencia

UnitedHealthcare Community Plan le proveerá con los necesarios cuidados de seguimiento, incluyendo aquellos que obtenga por fuera de la red si es necesario, hasta que su doctor diga que su condición es lo suficientemente estable para que usted sea transferido a un proveedor dentro de nuestra red o cuando usted va a ser dado de alta. Si usted recibe los cuidados de emergencia de parte de proveedores por fuera de nuestra red, nosotros trataremos de obtener proveedores de nuestra red para asumir sus cuidados tan pronto como sea posible después de que el doctor que le atiende diga que usted se encuentra estable. Es posible que necesite de cuidados

58 **¿Preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros gratuitamente a **1-866-622-7982**, TTY **711**, 8 a.m. – 8 p.m., diario.

[Table of contents](#)

de seguimiento para asegurarse que va mejorando. Los cuidados de seguimiento se están cubiertos por nuestro plan.

### Servicios de hospital

En ocasiones puede ser necesario que vaya a un hospital. En un hospital hay servicios para pacientes ambulatorios y para pacientes que sean hospitalizados.

**Los servicios para pacientes ambulatorios** incluyen rayos-X, pruebas de laboratorio y cirugías menores. El doctor le indicará si necesita servicios ambulatorios. La oficina de su doctor puede ayudarle hacer una cita.

**Los servicios de hospitalización** requieren que permanezca en el hospital durante una o más noches. Esto puede incluir una enfermedad seria, cirugía o parto. Los servicios de hospitalización requieren que sea admitido (a lo que se le llama admisión de hospitalización) en el hospital. El hospital contactará a UnitedHealthcare Community Plan y solicitará la autorización para brindarle los cuidados de salud. Si el doctor que le admite en el hospital no es su PCP, usted debe llamar a su PCP e informarle que lo están hospitalizando.

### Si usted es hospitalizado

Si a usted lo hospitalizan, un miembro de su familia o un amigo debe contactar a UnitedHealthcare Community Plan tan pronto como sea posible. Manteniendo a UnitedHealthcare Community Plan informado, su Coordinador de Cuidados puede trabajar con el equipo del hospital para organizar los cuidados y servicios correctos para usted antes de que le den de alta. Su Coordinador de Cuidados también mantendrá a su equipo médico informado, incluyendo a los servicios de cuidados en su domicilio acerca de su hospitalización y de los planes para darlo de alta.

## 7. Como obtener cuidados en emergencias

---

### Y si no fue una emergencia medica

A veces es difícil saber si lo que se tiene es una emergencia médica. Usted puede buscar cuidados para una emergencia médica y los doctores pueden decir que realmente no se trata de una emergencia médica. Mientras usted haya razonablemente pensado que su salud estaba en serio peligro, nosotros cubriremos los gastos por sus cuidados. Sin embargo, después de que el doctor diga que no es una emergencia, nosotros solamente cubriremos los costos de cuidados adicionales si usted sigue las **Reglas generales de cobertura** descritas en la sección 10 de este manual.

## 8. Cómo obtener cuidados que se necesitan urgentemente

---

### Qué son los cuidados que se necesitan urgentemente

Los cuidados que se necesitan urgentemente son cuidados que usted recibe condiciones que no amenazan la vida, enfermedades súbitas, lesiones u otras condiciones que no son emergencias pero que necesitan cuidados de inmediato. Por ejemplo, usted puede tener una condición que se agrava y usted necesita que se le de tratamiento de inmediato. Otros ejemplos de cuidados que se necesitan urgentemente incluyen torceduras, esguinces, sarpullidos de la piel, infecciones, fiebre, etc. En la mayoría de los casos, nosotros cubriremos los cuidados urgentemente necesitados solamente si usted los recibe de un proveedor dentro de la red. Sin embargo, si usted no puede recibirlos de un proveedor dentro de la red, nosotros cubriremos los cuidados que se necesitan urgentemente que usted recibe de un proveedor por fuera de nuestra red.

Usted puede encontrar una lista de los centros de cuidados urgentes que trabajan con nosotros en el directorio de Proveedores y Farmacias, disponible en internet en [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan).

Cuando usted se encuentra fuera del área de servicio, es posible que no pueda obtener los cuidados de un proveedor dentro de la red. En ese caso, nuestro plan cubrirá los cuidados de urgencia necesarios que usted reciba de cualquier proveedor.

# 9. Cómo obtener sus medicamentos de receta

---

Esta sección explica las reglas para obtener los **medicamentos de receta como paciente ambulatorio**. Estos son medicamentos que su proveedor ordena para usted y que puede obtenerlos en una farmacia o botica.

## Regulaciones para la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios por UnitedHealthcare Community Plan

UnitedHealthcare Community Plan usualmente cubrirá los medicamentos si usted sigue las reglas en esta sección.

1. Usted debe tener una receta de un doctor o a otro proveedor autorizado. Esta persona a menudo es su Proveedor de Atención Primaria (PCP). también puede ser otro proveedor si su Proveedor de Atención Primaria lo ha referido para brindarle sus cuidados. Las recetas de sustancias controladas deben ser escritas por un doctor o un proveedor de la red.
2. Usted generalmente debe emplear una farmacia dentro de la red para obtener sus medicamentos de receta.
3. Los medicamentos recetados deben figurar en la lista de medicamentos con cobertura de UnitedHealthcare Community Plan. Si no se encuentran en la lista de medicamentos con cobertura, nosotros podríamos cubrirlos dándole una autorización de servicio.
4. Sus medicamentos deben emplearse para una indicación médicamente aceptada. Eso indica que el uso del medicamento es aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration) o tiene aprobación para su uso en ciertos libros médicos de referencias.

5. Si usted tiene Medicare, la mayoría de sus medicamentos están cubiertos por un surtidor de Medicare. La mayoría de sus medicamentos provienen de un surtidor de Medicare. Nosotros no podemos pagar por medicamentos que están cubiertos bajo Medicare part D, incluyendo los copagos.
6. UnitedHealthcare Community Plan puede proveer cobertura para coseguro y deducibles en medicamentos de Medicare part A y B. Esto incluye algunos medicamentos que se le recetan mientras usted está hospitalizado o recluido en una institución de reposo con servicios de enfermería.

## Obteniendo sus medicamentos de receta surtidos

En la mayoría de los casos, UnitedHealthcare Community Plan pagará los medicamentos de receta solamente si son surtidos en farmacias dentro de la red de UnitedHealthcare Community Plan. Una farmacia dentro de la red es una droguería que acepta surtir los medicamentos de receta a nuestros Miembros. Usted puede acudir a cualquiera de nuestras farmacias dentro de nuestra red.

Para localizar a una de las farmacias dentro de la red, puede consultar el Directorio de Proveedores y Farmacias, visitar nuestro sitio en internet o contactar Servicios para Miembros al número al final de la página o hablar con su Coordinador de Cuidados.

Para surtir su medicamento de receta, muestre su tarjeta de identificación en la farmacia dentro de la red. Si usted tiene Medicare, muestre sus tarjetas de Medicare part D y de UnitedHealthcare Community Plan. La farmacia dentro de la red le mandará la factura a UnitedHealthcare Community Plan por el costo de su medicamento de receta. Si usted no tiene su tarjeta de identificación como Miembro cuando le surtan el medicamento, pida al farmacéutico que llame a UnitedHealthcare Community Plan cuando le estén surtiendo el medicamento para que obtengan la información necesaria.

Si usted necesita ayuda para obtener su medicamento de receta, puede contactar a Servicios para Miembros al número **1-866-622-7982**, TTY **711** o puede llamar a su Coordinador de Cuidados.

## 9. Cómo obtener sus medicamentos de receta

---

### Lista de Medicamentos Preferidos (PDL)

Su plan cubre una larga lista de medicamentos o medicamentos de receta. Los medicamentos que están cubiertos están en la Lista de Medicamentos Preferidos del plan. Su doctor utiliza esta lista para asegurarse de que los medicamentos que usted necesita están cubiertos por su plan. Puede encontrar la Lista de Medicamentos Preferidos en línea en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan). También puede buscar por un nombre de medicina en el sitio web.

## Usted puede empezar a usar sus beneficios de farmacia de inmediato

Su plan cubre una amplia lista de medicamentos con y sin receta. Los medicamentos que se cubren se encuentran anotados en la Lista de Medicamentos Preferidos. Su doctor usa estas listas para asegurar que los medicamentos que usted necesita están cubiertos por su plan. Usted puede obtener la Lista de Medicamentos Preferidos acudiendo a internet en: [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan). Usted también puede buscar el nombre del medicamento directamente en internet. Es fácil poder obtener que le surtan sus medicamentos. Esta es la manera de hacerlo:

### 1. ¿Se encuentran sus medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos Preferidos?

#### Sí

Si sus medicamentos están incluidos en la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL), usted no tiene ningún problema. Asegúrese de mostrar al farmacéutico su nueva tarjeta de identificación como Miembro cada vez que sus medicamentos le sean surtidos.

#### No

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

64 **¿Preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros gratuitamente a **1-866-622-7982**, TTY **711**, 8 a.m. – 8 p.m., diario.

[Table of contents](#)

### ¿No está seguro?

Para ver la Lista de Medicamentos Preferidos en internet vaya a [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) (pulse sobre “Find A Drug” en el lado izquierdo de la pantalla). Usted también puede llamar a Servicios para Miembros. Nosotros estamos aquí para ayudarle.

### 2. ¿Tiene usted una receta para un medicamento?

Cuando usted tiene una receta para un medicamento que le extendió un doctor o usted necesita surtir de nuevo un medicamento de receta, acuda a una farmacia que sea parte de nuestra red. Muestre al farmacéutico su tarjeta de identificación como Miembro. Usted puede encontrar una lista de las farmacias de nuestra red en internet en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) o también puede llamar a Servicios para Miembros.

### 3. Necesita que le surtan de nuevo un medicamento que no se encuentra en la Lista de Medicamentos Preferidos?

Si usted necesita que le surtan de nuevo medicamentos que no se encuentran en la Lista de Medicamentos Preferidos, puede obtener un suministro temporal por 5 días. Para hacerlo, visite una farmacia dentro de la red y muestre su tarjeta de identificación como Miembro. Si usted no tiene consigo su tarjeta de identificación como Miembro, puede mostrarle al farmacéutico la información abajo anotada. Hable con su doctor acerca de sus opciones con este medicamento.

#### Attention Pharmacist

Please process this UnitedHealthcare member's claim using:

**BIN:** 610494

**Processor Control Number:** 4444

**Group:** ACUVA

## 9. Cómo obtener sus medicamentos de receta

---

### Copagos

No hay copagos por medicamentos.

### Lista de medicamentos cubiertos

UnitedHealthcare Community Plan tiene una lista de medicamentos cubiertos que han sido seleccionados por UnitedHealthcare Community Plan con la ayuda de un equipo de doctores y farmacéuticos. La lista de medicamentos cubiertos de UnitedHealthcare Community Plan incluye también todos los medicamentos que se encuentran en DMAS Preferred Drug List (PDL). La lista de los medicamentos cubiertos puede encontrarse en internet en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan). La lista de los medicamentos cubiertos le informa cuales son los medicamentos que tienen cobertura por UnitedHealthcare Community Plan y también le informan si existen regulaciones o restricciones en cualquiera de esos medicamentos, tales como el número total que usted pueda obtener.

Usted puede llamar a Servicios para Miembros para conocer si sus medicamentos están incluidos en la Lista de medicamentos cubiertos o puede revisar esta lista en internet en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan). **Si quiere una copia impresa de la lista, por favor llame a Servicios para Miembros.**

La **Lista de medicamentos cubiertos** puede cambiar durante el año. Para obtener la lista más reciente de los medicamentos cubiertos, visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) o llame al **1-866-622-7982**, TTY **711**, de las 8:00 a.m. a las 8:00 p.m. diario.

Nosotros generalmente cubriremos un medicamento que se encuentre en la Lista de medicamentos cubiertos de UnitedHealthcare Community Plan mientras que usted siga las regulaciones explicadas en esta sección. Usted también puede obtener medicamentos que no se encuentren en la lista si son médicamente necesarios. Su doctor puede obtener una autorización de servicio de nosotros para que usted pueda obtener algunos de esos medicamentos.

### Límites para la cobertura de algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos de receta existen regulaciones especiales limitando en que forma y cuando podemos nosotros cubrirlos. En general esas regulaciones le animan a usted a conseguir medicamentos que trabajen sobre la condición médica que padece, que sean seguros y efectivos y que tengan un costo efectivo.

Si existe una regulación especial para su medicamento, usualmente significa que usted o su proveedor tiene que tomar unos pasos extras para que nosotros cubramos ese medicamento. Por ejemplo, su proveedor puede necesitar hacer una solicitud para una autorización de servicio para que usted reciba ese medicamento. Nosotros podemos o no aprobar esa solicitud sin tener que tomar otras medidas. Vea **Autorización de servicio y determinación de beneficio** y **Autorización de servicios y continuidad de cuidados** en la sección 14 de este manual.

Si UnitedHealthcare Community Plan es nuevo para usted, usted puede continuar obteniendo los medicamentos autorizados por el tiempo que hayan sido autorizados o durante el período de continuidad de la atención después de que se inscribe por primera vez, lo que ocurra primero. El período de continuidad de la atención es de 30 días. Vea **Continuidad del período de cuidados** en la sección 3 de este manual.

Si nosotros negamos o limitamos la cobertura de un medicamento y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, usted tiene el derecho de presentar una apelación en contra de esa decisión. Vea **Su derecho a apelar** en la sección 15 de este manual. Si tiene cualquier preocupación, contacte a su Coordinador de Cuidados quién trabajará con usted y con su PCP para asegurar que usted recibe los medicamentos que mejor funcionan para usted.

#### Obteniendo aprobación por adelantado

Para algunos medicamentos, usted o su doctor deben obtener una aprobación previa de parte de UnitedHealthcare Community Plan antes de que le surtan su medicamento de receta. Si usted no obtiene la aprobación, UnitedHealthcare Community Plan puede no cubrir el medicamento.

## 9. Cómo obtener sus medicamentos de receta

---

### Previas autorizaciones

Ciertos medicamentos pueden requerir que su doctor obtenga una previa autorización de nosotros antes de poder escribir una receta. Esto significa que tienen que ser aprobados antes de que usted los reciba. Cuando un medicamento necesita de previa autorización, su doctor debe contactar a nuestro Departamento de Farmacia. Ellos revisarán la solicitud de su doctor y usted y su doctor serán informados del resultado de esa solicitud. Si el medicamento que fue prescrito necesita de previa autorización y su doctor no la obtiene, usted no podrá recibir este medicamento. Su doctor necesitará llamar a nuestro Departamento de Farmacia al **1-800-310-6826**. Su farmacéutico puede darle un suministro de emergencia para 3 días mientras nosotros procesamos su petición. La farmacia procesa previas autorizaciones en 24 horas. Si las peticiones no son aprobadas, le informaremos a usted cómo puede presentar una apelación.

### Tratando un medicamento diferente primero

Nosotros podemos requerir que usted primero trate de emplear un medicamento (usualmente de menor costo) antes de que cubramos otro medicamento (usualmente más caro), ambos para dar tratamiento a la misma condición médica que padece. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan a la misma condición médica, el plan requiere que usted use el medicamento A primero. Si el medicamento A no surte efecto en usted, nosotros cubriremos el medicamento B. A esto le llamamos terapia escalonada.

Si el medicamento requerido no ha sido probado, su doctor debe obtener autorización previa. Le pediremos a su doctor que le explique por qué no puede usar el medicamento requerido primero. Si no aprobamos la solicitud, le diremos cómo puede apelar.

### Límites en las cantidades

Para algunos medicamentos, nosotros podemos limitar la cantidad de los mismos que usted puede tener. A esto se le llama Limitación de la cantidad. Por ejemplo, el plan puede limitar la cantidad del medicamento que usted puede recibir cada vez que se hace un re-surtido de su receta.

## 9. Cómo obtener sus medicamentos de receta

---

Para conocer cualquiera de las regulaciones que se aplican al medicamento que su doctor le prescribe, revise la Lista de medicamentos cubiertos. Para conocer una lista actualizada, llame a Servicios para Miembros al **1-866-622-7982**, TTY **711**, o acuda al sitio en internet en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan).

### Suplementos de emergencia

Puede existir el caso en que su medicamento requiere un servicio de autorización y su proveedor no puede fácilmente darnos la información que necesitamos, por ejemplo, durante un fin de semana o en un día feriado. Si su farmacéutico piensa que su salud puede comprometerse sin el beneficio de este medicamento, nosotros podemos autorizar un suministro de emergencia por 5 días del medicamento de receta. Este proceso le da a usted un limitado suministro por 3 días de los medicamentos que necesita, dando tiempo al doctor para solicitar una autorización de servicio por el medicamento deseado.

## Medicamentos sin cobertura

Por ley los tipos de medicamentos anotados abajo no están cubiertos por Medicare o Medicaid:

- Medicamentos empleados para promover la fertilidad;
- Medicamentos para ser usados con propósitos cosméticos o para promover el crecimiento del pelo;
- Medicamentos para el tratamiento de disfunciones sexuales o de erección, tales como Viagra®, Cialis®, Levitra® y Caverject®, a menos que esos agentes sean empleados para tratar una condición diferente a condiciones transexuales o disfunciones de erección;
- Medicamentos empleados para el tratamiento de anorexia, pérdida o aumento del peso;
- Todos los medicamentos DESI (Estudio acerca de la implementación para eficacia de medicamento), medicamentos definidos por la FDA como menos que efectivos, incluyendo los de receta que incluyan un medicamento DESI;
- Medicamentos que han sido retirados;

**¿Preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros gratuitamente a **1-866-622-7982**, TTY **711**, 8 a.m. – 8 p.m., diario.

[Table of contents](#)

## 9. Cómo obtener sus medicamentos de receta

---

- Medicamentos experimentales o medicamentos que no han sido aprobados por la FDA; y
- Cualquier medicamento que ha sido promovido por un fabricante que no participa dentro del programa Virginia Medicaid Drug Rebate.

## Cambiando de farmacias

Si usted necesita cambiar de farmacia y necesita que le re-surtan un medicamento de receta, puede preguntar al farmacéutico que transfiera la receta a una nueva farmacia. Si necesita ayuda para el cambio de farmacia, llame a los Servicios para Miembros al número anotado en la parte inferior de la página o a su Coordinador de Cuidados.

Si la farmacia que usted emplea abandona a la red de UnitedHealthcare Community Plan, usted tendrá que encontrar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar a una nueva farmacia dentro de la red, puede hacer una búsqueda utilizando el Directorio de Proveedores y Farmacias, visitando en nuestro sitio en internet [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), o llamando a Servicios para Miembros al **1-866-622-7982**, TTY **711** o hablando con su Coordinador de Cuidados. Servicios para Miembros pueden informarle si hay una farmacia dentro de la red cerca de usted.

## Qué pasa si usted necesita una farmacia de especialidades

A veces, las recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Los medicamentos especializados se utilizan para el tratamiento de enfermedades complejas y cuando se recetan, los medicamentos requieren un manejo especial o apoyo de atención médica clínica antes de su distribución. Cada MCO contrata a un número limitado de farmacias para proporcionar estos medicamentos. Estos medicamentos se enviarán directamente a la casa del miembro o al consultorio del prescriptor y no se pueden recoger en todos los puntos de venta. Además, estos medicamentos generalmente requieren una autorización de servicio antes de su distribución. Asegúrese de consultar el formulario de su plan con respecto a la cobertura de estos medicamentos especializados y dé un tiempo para las entregas de envío.

## 9. Cómo obtener sus medicamentos de receta

---

Usualmente, las instituciones tienen sus propias farmacias. Si usted es un residente en una institución con servicios de enfermería, nosotros tenemos que estar seguros que usted recibe los medicamentos que necesita de la farmacia de esa institución. Si usted tiene cualquier problema obteniendo los beneficios de sus medicamentos dentro de la institución, por favor contacte a su Coordinador de Cuidados o a Servicios para Miembros al **1-866-622-7982**, TTY **711**.

### **Si puede emplear los servicios de órdenes por correo para obtener sus medicamentos**

Usted puede usar los servicios de órdenes por correo para obtener un suplemento de hasta 31 días de sus medicamentos. Para conocer más hacer más acerca de esto, contacte a Servicios para Miembros al número anotado abajo.

### **Si puede obtener un suplemento de medicamentos para cubrir un largo período de tiempo**

Los Miembros que reciben suplementos de medicamentos hasta por un mes (31 días) por medicamentos de receta o re-surtido de las mismas pueden re-ordenar o re-surtir el medicamento después de que han usado el 85% del medicamento.

Si usted tiene necesidad de un suplemento a largo plazo de un medicamento de receta específico, contacte a Servicios para Miembros al **1-866-622-7982**, TTY **711** o hable con su Coordinador de Cuidados.

## 9. Cómo obtener sus medicamentos de receta

---

### Si puede usar una farmacia que no sea parte de la red de UnitedHealthcare Community Plan

La mayoría de las cadenas farmacéuticas y las farmacias independientes surten medicamentos de recetas para los Miembros de UnitedHealthcare Community Plan.

Para localizar una farmacia conveniente para un Miembro, por favor visite en internet [UHCCommunityPlan.com/VA/PharmacyProgram](https://UHCCommunityPlan.com/VA/PharmacyProgram) o contacte a Servicios para Miembros al **1-866-622-7982**, TTY **711**.

### Qué es el programa de seguridad y administración de utilización del paciente (PUMS)

Algunos Miembros que requieren un monitoreo adicional pueden ser inscritos en el Programa de seguridad y administración de utilización del paciente (PUMS). El programa PUMS es requerido por DMAS y ayuda a asegurar que sus medicamentos y servicios de salud trabajen al mismo tiempo y de una forma que no dañen su salud. Como parte de este programa, nosotros revisaremos la herramienta del programa de monitoreo de medicamentos de receta (PMP) que el departamento de Virginia Department of Health Professions mantiene para revisar los medicamentos. Esta herramienta emplea un sistema electrónico para monitorizar la dispensación de recetas de medicamentos con sustancias controladas.

Si usted es escogido por PUMS, usted será restringido o limitado al uso de una sola farmacia o de consultar con un solo proveedor cuando necesite obtener ciertos tipos de medicamentos. Le mandaremos una carta para informarle cómo PUMS trabaja. El periodo de restricción o limitación es de 12 meses. Al final del periodo de restricción, nosotros determinaremos si usted debe continuar en este programa. Si usted es colocado dentro del programa PUMS y piensa que no debería estar, usted puede presentar una apelación. Usted debe presentar una apelación ante nosotros dentro de los primeros 60 días a partir de la fecha en que recibió la carta comunicándole que iba a ser incluido en PUMS. Usted también puede solicitar una Audiencia Imparcial del Estado. Vea **Apelaciones, Audiencias Imparciales del Estado y reclamaciones** en la sección 15 de este manual.

## 9. Cómo obtener sus medicamentos de receta

---

Si usted se encuentra dentro del programa de PUMS, puede obtener sus medicamentos después de las horas hábiles si selecciono una farmacia que no tenga acceso las 24 horas del día. Usted también podrá seleccionar a un PCP, una farmacia o a otro proveedor en donde usted prefiere estar limitado o restringido. Si usted no selecciona a los proveedores para ser restringido o limitado, nosotros los escogeremos por usted.

Los Miembros que están inscritos en PUMS recibirán una carta de UnitedHealthcare Community Plan dándole información adicional acerca de PUMS incluyendo lo siguiente:

- Una breve explicación acerca del programa PUMS;
- Una declaración explicando la razón por la colocación dentro del programa PUMS;
- Información de cómo presentar una apelación ante UnitedHealthcare Community Plan si es colocado en el programa PUMS;
- Información acerca de cómo solicitar una Audiencia Imparcial del Estado después de haber primero agotado el proceso de apelación ante UnitedHealthcare Community Plan;
- Información sobre cualquier regulación a seguir para la obtención de servicios, incluyendo emergencias o servicios después de las horas hábiles; y
- Información de cómo escoger a un proveedor de PUMS.

Contacte a Servicios para Miembros al **1-866-622-7982**, TTY **711** o a su Coordinador de Cuidados si tiene cualquier pregunta acerca de PUMS.

Los servicios de asistencia con el idioma se encuentran disponibles sin costo alguno para usted. Por favor llame a Servicios para Miembros al **1-866-622-7982**, TTY **711**.

## 9. Cómo obtener sus medicamentos de receta

---

### Medicamentos de venta libre (OTC)

UnitedHealthcare también cubre muchos medicamentos de venta libre (o sobre el mostrador – OTC). Un proveedor dentro de la red debe escribir una receta para el medicamento de venta libre que usted necesita. El límite es un suministro de 31 días. Después, todo lo que usted debe hacer es llevar esa receta y su tarjeta de identificación como Miembro a cualquier farmacia para que le surtan el medicamento sin ningún costo para usted. Los medicamentos de venta libre (OTC) incluyen:

- Analgésicos
- Medicamentos para la tos
- Cremas de primeros auxilios
- Medicinas para los resfriados
- Anticonceptivos

Para una lista completa de los medicamentos de venta libre, acuda en internet a [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan). O llame a Servicios para Miembros al **1-866-622-7982**, TTY **711**.

# 10. Cómo puede tener acceso a sus beneficios de CCC Plus

---

## Beneficios de CCC Plus

Como Miembro de UnitedHealthcare Community Plan, usted tiene disponibles una variedad de beneficios para los cuidados de salud. Usted recibirá la mayoría de sus servicios a través de UnitedHealthcare Community Plan, pero puede también recibir algunos a través de DMAS o de un contratista de DMAS.

- Los servicios que se proveen a través de UnitedHealthcare Community Plan se describen en la sección 10 de este manual
- Los servicios cubiertos por DMAS o por un contratista de DMAS se describen en la sección 11 de este manual
- Los servicios que no están cubiertos a través de UnitedHealthcare Community Plan o por DMAS se describen en la sección 12 de este manual

Los servicios que recibe a través de UnitedHealthcare Community Plan o a través de DMAS no requieren que usted pague ninguna cantidad además del “paciente paga” aplicado a servicios de apoyo y a largo plazo. La sección 13 en este manual le da información acerca de que es el “paciente paga” y como conoce usted si tiene uno.

### Regulaciones generales de la cobertura

Para recibir cobertura por los servicios, usted debe llenar los requerimientos generales de cobertura que se describen abajo.

1. Sus servicios (incluyendo los cuidados médicos, servicios, suministros, equipo y medicamentos) deben ser médicamente necesarios. En general “médicamente necesarios” significa que usted necesita el servicio o los suministros para prevenir, diagnosticar o dar tratamiento a condiciones médicas o sus síntomas basados en estándares aceptados en la práctica médica.
2. En la mayoría de los casos, usted debe obtener sus cuidados de parte de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con UnitedHealthcare Community Plan. En la mayoría de los casos, UnitedHealthcare Community Plan no pagará por cuidados que usted ha obtenido de parte de un proveedor por fuera de la red a menos que el servicio haya sido autorizado por UnitedHealthcare Community Plan. En la sección 6 hay más información acerca de los proveedores dentro y fuera de la red, incluyendo **Servicios que usted puede adquirir sin una aprobación previa de su PCP**.
3. Algunos de los beneficios se cubren solamente si su doctor u otro proveedor de una red diferente obtiene primero nuestra aprobación. A esto se le llama autorización de servicio. La sección 14 incluye más información acerca de las autorizaciones de servicios.
4. Si UnitedHealthcare Community Plan es nuevo para usted, usted puede continuar consultando durante el período de 30 días de continuidad de atención con los doctores que actualmente consulta. Usted también puede continuar obteniendo autorización para estos servicios durante el tiempo marcado para esas autorizaciones o durante el período de continuidad de atención después de la fecha en que se inscribió, según sea lo primero que ocurre. Vea también **Continuidad del periodo de cuidados** en la sección 3 de este manual.

# Beneficios cubiertos a través de UnitedHealthcare Community Plan

UnitedHealthcare Community Plan cubre para usted los siguientes servicios cuando son médicamente necesarios. Si usted tiene Medicare u otro plan de seguro, nosotros coordinaremos esos servicios con su plan de Medicare o con el otro plan de seguro. Vea la sección 11 en este manual en **Servicios cubiertos a través del programa de DMAS Pago-por-Servicio**.

- Cuidados médicos regulares, incluyendo visitas médicas con su PCP, visitas a especialistas, exámenes, etc. **Vea la sección 6 en este manual para conocer más información acerca de los servicios de un PCP.**
- Cuidados preventivos, incluyendo revisiones médicas regulares, chequeos de bienestar para adultos, pruebas médicas y visitas para bebés y niños para el bienestar. **Vea la sección 6 en este manual para conocer más información acerca de los servicios de un PCP.**
- Servicios para el tratamiento de adicción y recuperación (ARTS), incluyendo pacientes hospitalizados, ambulantes, basados en la comunidad y administración de caso, tratamientos médicos asistidos, servicios paritarios, y administración de casos. Los servicios pueden requerir una autorización. **Información adicional acerca de los servicios ARTS se provee abajo en esta sección del manual.**
- Servicios de salud para adultos durante el día (Vea sección de CCC Plus)
- Servicios para la coordinación de cuidados, incluyendo la asistencia conectando a los servicios con cobertura CCC Plus y los recursos de casa-habitación, alimentación y recursos comunitarios. **Vea la sección 4 en este manual para conocer más información acerca de su Coordinador de Cuidados.**
- Servicios de clínica, incluyendo diálisis renal

## 10. Cómo puede tener acceso a sus beneficios de CCC Plus

---

- Los servicios de exención CCC Plus basados en la comunidad, (anteriormente conocida como EDCD y Exenciones para Asistencia de Tecnología), incluyendo: cuidados de salud para adultos durante el día, tecnología asistida, modificaciones del medioambiente, servicios de cuidados personales, sistemas de respuesta para emergencias personales (PERS), servicios de enfermería de turnos privados, servicios de descanso para asistentes, facilitación de servicios, servicios de transición. **Información adicional acerca de servicios de la exención CCC Plus se provee al final de esta sección. En la sección 11 de este manual se provee información acerca de los servicios de la exención de DD.**
- Exámenes de cáncer colorrectal
- Servicios ordenados por la corte
- Servicios dentales, incluyendo servicios preventivos y servicios de cuidados y diagnóstico para personas de 21 años de edad o mayores
- Equipo médico durable (DME) y suministros, incluyendo equipo para la respiración médicamente necesario, oxígeno, y equipo de ventilación y suministros, sillas de ruedas y accesorios, camas de hospital, equipo para diabéticos y suministros, productos para la incontinencia, tecnología de asistencia, aparatos para la comunicación y equipo de rehabilitación y suplementos
- Servicios de pruebas, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) para personas menores de 21 años. **Información adicional acerca de los servicios EPSDT se provee a continuación en esta sección del manual.**
- Servicios de intervención temprana para niños recién nacidos y hasta la edad de 3 años. **Información adicional acerca de los servicios de intervención temprana se provee más adelante en esta sección del manual.**
- Terapia electroconvulsiva (ECT)
- Ordenes de custodia de emergencia (ECO)
- Servicios de emergencia, incluyendo servicios de transporte de emergencia (ambulancia, etc.)
- Servicios de emergencia y post-estabilización. **Información adicional acerca de servicios de emergencia y post-estabilización se proveen en la sección 7 de este manual.**

## 10. Cómo puede tener acceso a sus beneficios de CCC Plus

---

- Servicios para las etapas finales de las enfermedades renales
  - Exámenes de ojos
  - Servicios de planificación familiar, incluyendo, aparatos, medicamentos (incluyendo anticonceptivos reversibles de larga actividad) y suplementos para retrasar o prevenir el embarazo. Usted tiene la libertad de escoger el método de planificación familiar incluyendo los proveedores que se encuentren por dentro o fuera de la red de UnitedHealthcare Community Plan. UnitedHealthcare Community Plan no requiere que usted obtenga una autorización de servicio o una referencia de un PCP para obtener los servicios de planificación familiar.
  - Servicios de tratamiento de disforia de género
  - Tiras para pruebas de glucosa
  - Servicios de audición (audiología)
  - Servicios de salud domiciliarios
  - Servicios de hospicio
  - Cuidados de hospital — pacientes hospitalizados o ambulantes
  - Pruebas y asesoramiento del tratamiento del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
  - Inmunizaciones, incluyendo inmunizaciones para adultos
  - Servicios de hospital psiquiátrico para pacientes hospitalizados
  - Laboratorios, radiología y servicios de anestesia
  - Investigaciones acerca del plomo
  - Mamografías
  - Cuidados de maternidad — incluyendo: cuidados durante el embarazo, apoyo para la lactancia, servicios de doctores/enfermeras parteras certificadas.
- Información adicional acerca de los cuidados de maternidad se proveen en la sección 6 de este manual.**

## 10. Cómo puede tener acceso a sus beneficios de CCC Plus

---

- Servicios de salud mental, incluidos servicios de psicoterapia para pacientes ambulatorios, servicios comunitarios, de crisis y para pacientes hospitalizados. Los servicios comunitarios y basados en instalaciones incluyen:
  - Administración de casos de salud mental
  - Tratamiento terapéutico diurno (TDT) para niños
  - Servicios de desarrollo de habilidades de salud mental (MHSS)
  - Intensivo en el hogar
  - Rehabilitación psicosocial
  - Análisis aplicado del comportamiento
  - Servicios de apoyo para la recuperación de compañeros de salud mental
  - Programa de Hospitalización Parcial de Salud Mental
  - Paciente ambulatorio intensivo de salud mental
  - Trato comunitario asertivo
  - Terapia multisistémica (MST)
  - Terapia familiar funcional (FFT)
  - Crisis móvil
  - Estabilización comunitaria
  - Observación de 23 horas
  - Estabilización de crisis residencial
- Instituciones de enfermería — incluyendo cuidados hábiles y especializados, largas estancias en hospital, y cuidados de custodia. **Información adicional acerca de los servicios en una institución de reposo con servicios de enfermería se provee después en esta sección del manual.**
- Servicios de enfermera partera a través de un proveedor de una enfermera partera certificada
- Asesoramiento nutricional
- Trasplante de órganos
- Ortóticos, incluyendo abrazaderas, férulas y soportes para personas menores de 21 años a través de un programa intenso de rehabilitación

## 10. Cómo puede tener acceso a sus beneficios de CCC Plus

---

- Servicios de hospital para pacientes ambulantes
- Pruebas Pap (Papanicolau)
- Cuidados personales o servicios de asistencia personal (a través de EPSDT o a través de exención de CCC Plus)
- Servicios de doctores o de proveedores, incluyendo consultas en la oficina de los doctores
- Terapias física, ocupacional y del habla
- Servicios de podiatra (cuidados de los pies)
- Servicios prenatales y de maternidad
- Medicamentos de receta. **Vea la sección 9 de este manual para conocer más información acerca de los servicios de farmacia.**
- Servicios de enfermería privada (a través de EPSDT y a través de la exención de CCC Plus HCBS)
- Antígeno prostático específico (PSA) y exámenes digitales rectales
- Aparatos prostéticos, incluyendo brazos, piernas y los aditamentos de apoyo, prótesis para mamas y ojos
- Servicios psiquiátricos y psicológicos
- Servicios de radiología
- Cirugía reconstructiva de mamas
- Servicios de diálisis renales (riñones)
- Servicios de rehabilitación — pacientes hospitalizados o ambulantes (incluyendo terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de audiología y de patología del habla)
- Servicios para una segunda opinión de parte de un proveedor calificado para los cuidados de salud dentro de la red o nosotros haremos los arreglos para que usted obtenga gratuitamente otro doctor por fuera de la red. El doctor que ofrezca la segunda opinión no debe formar parte de la misma práctica del primer doctor. Referencias por fuera de la red pueden ser aprobadas cuando no está disponible un proveedor participante o cuando no hay un proveedor participante que pueda llenar sus necesidades individuales.

## 10. Cómo puede tener acceso a sus beneficios de CCC Plus

---

- Servicios de cirugía cuando son médicamente necesario y aprobados por UnitedHealthcare Community Plan
- Servicios de telemedicina
- Órdenes de detención temporal (TDO)
- Cesación de los servicios de tabaco, educación y farmacoterapia para todos los miembros
- Servicios de transporte, incluyendo emergencias y no-emergencias (viajes aéreos), grupos en ambulancia, furgonetas para camillas, furgonetas para sillas de ruedas, transporte público de autobús, choferes voluntarios/registrados, taxis). UnitedHealthcare Community Plan proveerá transporte de ida y vuelta con tarifa diferente y servicios especiales. **Información adicional acerca de los servicios de trasportación se provee después en esta sección del manual. Transporte para servicios con exenciones DD se cubren a través de DMAS, como son descritas en la sección 11 de este manual.**
- Servicios para la visión, incluyendo una revisión de los ojos de rutina y un par de anteojos una vez al año
- Visitas para el bienestar incluyendo chequeos regulares y vacunas
- Servicio para abortos — esta cobertura se encuentra disponible solamente para casos en donde pueda existir daño substancial a la vida de la madre

### Beneficios extras que proveemos que no son cubiertos por Medicaid

Como Miembro de UnitedHealthcare Community Plan usted tiene acceso a servicios que generalmente no están cubiertos por Medicaid Pago-Por-Servicio. Estos servicios se conocen como “beneficios aumentados”. Nosotros proveemos los siguientes beneficios aumentados:

- **Alimentos distribuidos en su domicilio para casos graves:** Los Miembros que han sido dados de alta de un hospital debido a una situación grave o de una casa de reposo con servicios de enfermería y pasan a la comunidad pueden recibir alimentos nutricionales preparados de menús que les dan apoyo a la administración de muchas condiciones crónicas, tales como diabetes. Después que han sido dados de alta, se les distribuirán 14 comidas hasta su domicilio, suficiente para tener dos comidas al día por siete días. Las solicitudes deben coordinarse a través de su Coordinador de Cuidados. Es necesario obtener aprobación.
- **Visión para adultos:** Una buena visión está directamente relacionada a una mejor calidad e independencia de vida y provee una detección temprana de enfermedades como la diabetes, múltiple esclerosis e hipertensión (alta presión sanguínea). Nosotros proveeremos con cobertura la visión de adultos elegibles de 21 o más años. Nuestra cobertura de la visión incluye un examen de ojos anual y armazones y lentes cada dos años, si es necesario. Este beneficio se limita a proveedores dentro de nuestra red.
- **Modificaciones del medioambiente en su domicilio:** Las modificaciones del entorno en su domicilio, tales como rampas y pasamanos pueden ayudarle a vivir con seguridad en un medioambiente menos restrictivo. Nosotros les proveeremos a todos los Miembros a través de una exención modificaciones del medioambiente y dentro de su domicilio a quienes no tengan en este momento elegibilidad. Los límites incluyen \$5,000 cada año calendario o \$10,000 una vez de por vida. Las solicitudes para esas modificaciones se coordinan a través de su Coordinador de Cuidados y requieren de aprobación.

## 10. Cómo puede tener acceso a sus beneficios de CCC Plus

---

- **Programa para un teléfono celular gratuito:** Poder estar en comunicación directamente con usted es la manera esencial para darle apoyo a sus metas para mejorar. Un apoyo a las comunicaciones abiertas es el proveerle ayuda para solicitar el programa gratuito de telefonía celular, MyHealthLine, para todos los Miembros que sean elegibles. El programa Free Cellphone ofrece un teléfono inteligente con 350 minutos gratis, 3GB de datos cada mes y mensajes de texto ilimitados. Dando a todo el mundo un teléfono celular pre-programado con los contactos de UnitedHealthcare, los Miembros podrán rápido y fácilmente comunicarse con nosotros y discutir las preguntas que tengan acerca de sus beneficios o hablar con la Línea de enfermeras (NurseLine). Para acceder al programa de teléfono celular gratuito, los miembros pueden comunicarse con Servicios para Miembros al **1-866-622-7982** o el miembro lo puede solicitar en internet [www.lifelinesupport.org](http://www.lifelinesupport.org).
- **Programa de cuidados prenatales Healthy First Steps:** El cuidado prenatal es fundamental para un embarazo saludable y lleva a tener una mejor salud y mejores resultados en la niñez. Healthy First Steps les recuerda y premia a los Miembros por atender a las citas prenatales y a las citas en los primeros 15 meses de vida del bebé. Este programa incluye un fácil proceso de inscripción, recordatorios de sus citas y consejos acerca de la salud. Nosotros le daremos el programa Healthy First Steps a todas las Miembros embarazadas y a las Miembros que son nuevas madres.
- **Kids for Grades:** Tarjeta de regalo de \$50 para Footlocker para estudiantes de 9° a 12° grado con un GPA de 3.5 semestralmente.
- **Transporte médico que no sea de emergencia (NEMT):** NEMT provee un apoyo crucial para ayudar a personas a tomar responsabilidad personal y a mejorar su salud en general. Este beneficio mejorará el acceso a sus cuidados, particularmente en las áreas rurales en donde las necesidades de transporte afectan la habilidad de practicar un estilo de vida más sano. Nuestros aumentados beneficios incluyen hasta 6 viajes por 6 meses a destinos que de otra manera no estaban cubiertos por Medicaid. Esto incluye viajes de ida y vuelta a centros religiosos, el Departamento de Vehículos Motorizados, el supermercado y las oficinas de elegibilidad de Medicaid. No hay límites en los viajes a los bancos de alimentos, mercados de agricultores o citas para Mujeres, bebés y niños.

## 10. Cómo puede tener acceso a sus beneficios de CCC Plus

---

- **Sanvello:** Sanvello es una aplicación telefónica interactiva que ayuda a controlar los síntomas de estrés, ansiedad y depresión. Para obtener información acerca de la inscripción, visite [Sanvello.com](https://www.sanvello.com).
- **Fondos transicionales de apoyo:** Los fondos transicionales de apoyo serán disponibles cuando otros recursos no se encuentren disponibles para quitar las barreras que previenen a los Miembros elegibles que sean dados de alta de hospitales psiquiátricos. Las solicitudes deben coordinarse a través de su Coordinador de Cuidados y es necesario tener autorización.
- **Weight Watchers:** Nosotros le ofreceremos 13 cupones anualmente para sesiones de Weight Watchers a los Miembros que califiquen de 10 o más años. Los Miembros aprenderán hábitos valiosos acerca de comer saludablemente y de cómo perder peso. Las revisiones se coordinan con individuos a través de su Coordinador de Cuidados. Se requiere de aprobación.
- **Recompensas del bienestar:** UHC proporcionará recompensas por alcanzar ciertos objetivos de salud. Límite de hasta \$25 por objetivo. Para obtener más información, comuníquese con su Coordinador de cuidados o con Servicios para Miembros al **1-866-622-7982**, TTY **711**.

## Guías prácticas de clínicas y nuevas tecnologías

UnitedHealthcare Community Plan les ofrece guías a las clínicas que son nuestros proveedores. Estas guías ofrecen información acerca de cuál es la mejor manera de proveer los cuidados en ciertas condiciones. Cada guía contiene el estándar de cuidados de la profesión médica. Esto significa que otros doctores están de acuerdo siguiendo estas pautas.

Si usted tiene cualquier pregunta acerca de las guías clínicas de UnitedHealthcare Community Plan o desea una copia de las guías, llame a Servicios para Miembros al **1-866-622-7982**, TTY **711**. Usted también puede encontrar las guías clínicas en nuestro sitio en internet en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan).

## 10. Cómo puede tener acceso a sus beneficios de CCC Plus

---

### Evaluación de nuevas tecnologías

Algunas prácticas y tratamientos médicos no se han comprobado que sean efectivos. Las nuevas prácticas, tratamientos, pruebas y tecnologías se revisan nacionalmente por UnitedHealthcare Community Plan para decidir en su cobertura.

Estas son revisadas por un comité de UnitedHealthcare Community Plan formado por doctores, enfermeras, farmacéuticos y expertos invitados. Ellos toman la decisión final acerca de la cobertura. Si desea obtener más información, llámenos al **1-866-622-7982**, TTY **711**.

## Como tener acceso a servicios para pruebas, diagnóstico y tratamientos tempranos y periódicos

### Qué es EPSDT

Pruebas, diagnóstico y tratamientos tempranos y periódicos (EPSDT) es un beneficio de Medicaid como mandato federal que provee servicios de los cuidados de salud comprensivos y preventivos a los niños menores de 21 años. Si usted tiene un niño menor de 21 años, EPSDT provee servicios apropiados preventivos, dentales, de la salud conductual, del desarrollo y de especialidad. Incluye cobertura para las inmunizaciones, visitas para el bienestar, investigaciones acerca del plomo, servicios de enfermería privada, cuidados personales y otros servicios y terapias que tratan o mantienen una condición para mejorar. EPSDT puede proveer cobertura por servicios médicos necesarios aún si estos no están normalmente cubiertos por Medicaid.

### Obteniendo servicios EPSDT

UnitedHealthcare Community Plan provee la mayoría de servicios EPSDT cubiertos por Medicaid. Sin embargo, algunos servicios EPSDT como cuidados pediátricos dentales no son cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan. Para cualquiera de los servicios que UnitedHealthcare Community Plan no cubre, usted puede obtenerlos a través del programa Pago-por-Servicio de Medicaid. **Información adicional acerca de los servicios provistos a través de Pago-por-Servicio de Medicaid Fee-for-Service se provee en la sección 11 de este manual.**

## 10. Cómo puede tener acceso a sus beneficios de CCC Plus

---

### Obteniendo servicios de intervención temprana

Si tiene un bebé menor de tres meses de edad y usted piensa que no está aprendiendo o desarrollándose como los otros bebés o infantes, su bebé puede calificar para los servicios de intervención temprana. La intervención temprana incluye servicios como terapia del habla, terapia física, terapia ocupacional, servicios de coordinación y servicios del desarrollo para darle apoyo a las familias tratando de ofrecer al niño apoyo en el aprendizaje y desarrollo durante las actividades y rutinas de cada día. Estos servicios se proveen generalmente en el domicilio.

El primer paso es tener una entrevista con su programa local de **Conexión con el infante y el niño (Infant and Toddler Connection)** en su comunidad para conocer si el niño es elegible. Un niño es elegible desde el nacimiento hasta la edad de tres años si él tiene: (i) un 25% de retraso en una o más áreas del desarrollo; (ii) desarrollo atípico; o, (iii) un diagnóstico de alguna condición física o mental que tiene una alta probabilidad de resultar en un retraso en el desarrollo.

Para obtener más información, llame a su Coordinador de Cuidados. Su Coordinador de Cuidados puede ayudarle. O llame a Servicios para Miembros al **1-866-622-7982**, TTY **711**. Si su hijo se encuentra inscrito en UnitedHealthcare Community Plan nosotros proveeremos servicios de intervención temprana. Su Coordinador de Cuidados trabajará estrechamente con usted y con el programa **Conexión con el infante y el niño (Infant and Toddler Connection)** para ayudarle a tener acceso a esos servicios y a cualquier otro servicio que su hijo pueda necesitar. Hay también información disponible en [www.infantva.org](http://www.infantva.org) o llamando al **1-800-234-1448**.

## Como tener acceso a los servicios de salud del comportamiento

Los servicios de salud del comportamiento ofrecen una amplia variedad de opciones para el tratamiento para personas con desórdenes mentales o desórdenes por el uso de sustancias. Muchas personas luchan con condiciones de la salud mental, tales como la depresión, la ansiedad u otras condiciones mentales y también el uso de sustancias durante un período en sus vidas. Estos servicios para la salud del comportamiento tienen como meta la de ayudará a las personas a vivir dentro de la comunidad y mantener un estilo de vida lo más posible que pueda ser independiente

¿Preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros gratuitamente a **1-866-622-7982**, TTY **711**, 8 a.m. – 8 p.m., diario.

[Table of contents](#)

## 10. Cómo puede tener acceso a sus beneficios de CCC Plus

---

y satisfactorio. Los servicios van desde asesoramiento en el paciente ambulatorio hasta cuidados de salud cuando están internados en un hospital, incluyendo tratamientos diarios y servicios en crisis. Estos servicios pueden proveerse en su domicilio o en entornos de la comunidad, por un corto tiempo o a largo plazo, y todos son otorgados por individuos y organizaciones calificadas. Es posible que usted tenga que obtener una previa autorización para poder recibir algunos de estos servicios. Su Coordinador de Cuidados puede ayudarle.

Contacte a su Coordinador de Cuidados si tiene problemas sobreponiéndose a los pensamientos que tiene o los sentimientos que alberga. Su Coordinador de Cuidados le ayudará a hacer una cita para hablar con un profesional de los cuidados de salud del comportamiento.

Algunos servicios para la salud del comportamiento están cubiertos por Magellan, el Administrador de los servicios de la salud del comportamiento DMAS (BHSA). Su Coordinador de Cuidados trabajará en forma estrecha con BHSA para coordinar los servicios que usted necesita, incluyendo esos que se proveen a través de BHSA.

## Cómo tener acceso a los servicios para el tratamiento de adicción y recuperación (ARTS)

UnitedHealthcare Community Plan ofrece una variedad de servicios que ayudan a las personas que luchan contra el uso de sustancias, incluidas las drogas y el alcohol. La adicción es una enfermedad médica, al igual que la diabetes, con la que muchas personas se enfrentan y pueden beneficiarse del tratamiento sin importar que tan grave pueda parecer el problema. Si usted necesita tratamiento para la adicción, nosotros brindamos cobertura para servicios que pueden ayudarle. Estos servicios incluyen entornos de tratamiento en hospital, ambulatorio, residencial y basado en la comunidad. Las opciones de tratamiento asistido por medicamentos, los servicios de asesoramiento y las opciones de terapia conductual también están disponibles si se da tratamiento con el uso de medicamentos recetados o de venta libre. Otras opciones que son útiles incluyen servicios de recuperación de pares (personas que haya experimentado problemas similares y en recuperación), así como servicios de administración médica de casos. Hable con su PCP o llame a su Coordinador de cuidados para determinar la mejor opción para usted y cómo obtener ayuda en los

## 10. Cómo puede tener acceso a sus beneficios de CCC Plus

---

servicios de tratamiento de adicción y recuperación. Para encontrar un proveedor de ARTS, puede buscar en el Directorio de proveedores y farmacias, visitar nuestro sitio en internet, llamar a su Coordinador de cuidados o comunicarse con Servicios para Miembros a uno de los números que aparecen a continuación.

### Cómo tener acceso a los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

UnitedHealthcare Community Plan provee cobertura para los servicios de apoyo y a largo plazo (LTSS), incluyendo una variedad de servicios y apoyos que ayudan a las personas de la tercera edad y aquellos individuos que son discapacitados a llevar a cabo las diarias tareas y a mantener su independencia a un máximo nivel. LTSS puede proveer asistencia que le ayuda a vivir en su propio hogar o en un diferente entorno que usted seleccione y que mejora la calidad de vida. Ejemplos de estos servicios incluyen los servicios de asistentes personales (asistencia en bañarse vestirse, y otras actividades diarias como las de los auto-cuidados), así como el apoyo que recibe cada día en tareas como lavar la ropa, ir de compras y emplear transportes. LTSS puede proveerse por periodos largos de tiempo, usualmente en hogares o comunidades (a través de un hogar o comunidad con exención), pero también en instituciones en donde haya servicios de enfermería. Si usted necesita ayuda con estos servicios, por favor llame a su Coordinador de Cuidados quién le ayudará con el proceso para conocer si usted llena los requerimientos para tener la elegibilidad en Virginia para recibir estos servicios. También, vea las secciones **Exención de Commonwealth Coordinated Care Plus**, **Servicios en una casa de reposo con servicios de enfermería** y **Cómo recibir servicios si está en una exención DD** que se describen más abajo en esta sección de su manual.

#### Exención de Commonwealth Coordinated Care Plus

Algunos Miembros pueden calificar para una exención de Cuidados basados en el hogar y la comunidad a través de Commonwealth Coordinated Care Plus Waiver (conocida antes como Exenciones de asistencia a las personas de tercera edad o discapacitados con Directiva de Consumidor y de asistencia tecnológica).

## 10. Cómo puede tener acceso a sus beneficios de CCC Plus

---

La exención Commonwealth Coordinated Care Plus (CCC Plus) está encaminada para permitir que al Miembro que califica para un nivel de institución de casa de reposo con servicios de enfermería se le permite permanecer en la comunidad con ayuda para poder llenar sus necesidades diarias. Si se determina que es elegible para los servicios de exención de CCC Plus, usted puede escoger como quiere recibir los servicios de asistencia personal. Usted tiene la opción de recibir servicios a través de una agencia (conocida como la agencia directriz) o usted puede escoger servir como el empleador para el personal que le atenderá, llevando a cabo los servicios de asistencia personal (conocido como auto-dirigido). Información acerca de los cuidados auto-dirigidos se describe en más detalle abajo en esta sección del manual.

Los servicios de exención de CCC Plus pueden incluir:

- Servicios de enfermería de turno privado (agencia directriz)
- Cuidados personales (de agencia o auto-dirigidos)
- Cuidados para el descanso del personal (de agencia o auto-dirigidos)
- Cuidados de salud para adultos durante el día
- Sistema de respuesta personal para emergencias (con o sin monitoreo de medicamentos)
- Servicios/coordinación de transición para Miembros que pasan de una casa de reposo con servicios de enfermería a una estadía en hospital a largo plazo
- Asistencia tecnológica
- Modificaciones del medioambiente

**Nota: Individuos que están inscritos en una Exención DD deben ver Cómo recibir servicios si está en una exención de discapacidad del desarrollo más bajo en esta sección.**

## 10. Cómo puede tener acceso a sus beneficios de CCC Plus

---

### **Cómo puede auto-dirigir sus cuidados**

La auto-dirección de sus cuidados se refiere a los cuidados personales y servicios para el descanso provistos por la Exención CCC Plus. Estos son servicios en los cuales el Miembro o la familia/cuidador es responsable por emplear, entrenar, supervisar y despedir a las personas brindándole atención. Usted recibirá apoyo como administrador financiero en su papel como empleador para asistirle con el empleo de sus proveedores, conduciendo la investigación de los antecedentes de los proveedores y el pago de sus salarios.

Si usted ha sido aprobado para recibir servicios de Exención CCC Plus y desea tener más información en los modelos de auto-dirección de los cuidados, por favor contacte a su Coordinador de Cuidados quién le ayudará con estos servicios.

Su Coordinador de Cuidados también monitorizará sus cuidados mientras usted se encuentre recibiendo servicios de Exención CCC Plus para asegurarse que los cuidados que se le están proviendo llenan sus necesidades diarias.

### **Servicios en una casa de reposo con servicios de enfermería**

Si usted está determinado a llenar el criterio de cobertura para los cuidados en una casa de reposo con servicios de enfermería y escoge recibir servicios a largo plazo y apoyo en una institución de reposo con servicios de enfermería, UnitedHealthcare Community Plan le proveerá con cobertura para los cuidados de una casa de reposo con servicios de enfermería. Si usted tiene Medicare, UnitedHealthcare Community Plan le proveerá con cobertura para los cuidados de una institución de reposo con servicios de enfermería después de que usted agote los días cubiertos por Medicare en esa institución, típicamente llamado cuidados de enfermería especializada.

Si usted está en una institución de reposo con servicios de enfermería, usted podría mudarse de esa institución con servicios de enfermería a su propia casa y recibir servicios basados en hogar y comunidad, si así lo desea. Si está interesado en mudarse fuera de la institución de reposo con servicios de enfermería a un entorno dentro de la comunidad, hable con su Coordinador de Cuidados. Su Coordinador de Cuidados está disponible para trabajar con usted, su familia y la persona que le dará de alta de la institución de reposo con servicios de enfermería si está interesado en mudarse de la casa de reposo a su hogar o al entorno de la comunidad.

## 10. Cómo puede tener acceso a sus beneficios de CCC Plus

---

Si usted escoge no mudarse de la institución de reposo con servicios de enfermería, puede permanecer en la institución de reposo con servicios de enfermería tanto tiempo como usted quiera mientras se determine que usted llena el criterio de cobertura para recibir cuidados en una institución de reposo con servicios de enfermería.

### Revisiones para servicios a largo plazo y apoyo

Antes de que usted pueda recibir servicios y apoyo a largo plazo (LTSS), usted debe ser revisado por un equipo de un hospital o de la comunidad. Esta revisión se emplea para determinar si usted llena el nivel de criterio para LTSS. Contacte a su Coordinador de Cuidados para conocer más acerca de este proceso de revisión para recibir LTSS.

### Libertad para escoger

Si usted está aprobado para recibir servicios y apoyo a largo plazo, usted tiene el derecho de recibir los cuidados en el entorno de su elección:

- En su domicilio, o
- En otro lugar en la comunidad, o
- En una institución de reposo con servicios de enfermería.

Usted puede escoger los doctores y los profesionales de la salud para sus cuidados de nuestra red. Si usted prefiere recibir los servicios en su domicilio bajo una exención CCC Plus, por ejemplo, usted puede escoger dar empleo directamente a su propio personal para que le brinden los cuidados, conocido como cuidados auto-dirigidos. Otra opción es la de escoger a una agencia de personal que brinda los cuidados dentro de nuestra red, en donde ésta agencia empleará, entrenará y supervisará al personal de asistencia que trabajará para usted, conocido como una agencia directriz. Usted también tiene la opción de recibir servicios en una institución de reposo con servicios de enfermería en nuestra red de proveedores de instituciones de reposo con servicios de enfermería.

### Cómo recibir servicios si está en una Exención de discapacidad del desarrollo

Si usted está inscrito en una de las exenciones DD, usted será inscrito en CCC Plus para sus servicios sin exención (non-waiver services). Las exenciones DD incluyen:

- La exención independiente de edificio (BI),
- La exención de vida en la comunidad (CL), y
- La exención del apoyo familiar e individual (FIS).

UnitedHealthcare Community Plan solo proveerá cobertura por los servicios sin exención. Los servicios sin exención incluyen todos los servicios que se anotan en la sección 10, **Beneficios cubiertos a través de UnitedHealthcare Community Plan.** Excepción: si usted está inscrito en una de las exenciones DD, usted no podrá ser elegible para recibir servicios a través de la exención CCC Plus.

Los servicios de exención DD, servicios de administración de caso enfocados DD e ID, y transporte a y de servicios de exención DD serán pagados por Medicaid pago-por servicio como servicios separados (“carved-out”). Los servicios separados también incluyen cualquier servicio de la exención DD que se encuentre cubierto a través de EPSDT para individuos inscritos con exenciones DD que sean menores de 21 años.

Si usted tiene una discapacidad del desarrollo y necesita servicios de exención DD, necesitará tener un diagnóstico y una evaluación funcional de elegibilidad completada por el Comité de Servicios de la Comunidad (CSB). Todas las personas que se inscriban en una de las exenciones DD siguen el mismo proceso para calificar y tener acceso a los servicios y apoyo BI, CL y FIS. Los servicios se basan en la evaluación de necesidades y están incluidas en su plan de servicio personal individualizado.

## 10. Cómo puede tener acceso a sus beneficios de CCC Plus

---

Las exenciones DD tienen una lista de espera. Las personas que están en la lista de espera de la exención DD pueden calificar para estar inscritos en la exención CCC Plus hasta que un lugar de exención BI, CL o FIS DD está disponible y puede asignársele. La lista de espera de una exención DD es mantenida por CSBs en su comunidad. Para mayor información acerca de las exenciones DD y de los servicios que están cubiertos bajo cada una de las exenciones DD, visite el Departamento de Salud Conductual y los Servicios de Desarrollo (DBHDS) en internet en: <http://www.mylifemycommunityvirginia.org/> o llame al **1-844-603-9248**. Su Coordinador de Cuidados trabajará estrechamente con usted y con su administrador de caso DD o ID para ayudarle con todos sus servicios cubiertos. Contacte a su Coordinador de Cuidados si tiene cualquier pregunta o preocupación.

## Cómo obtener transporte para servicios que no son emergencias

### Los servicios para transporte que no sean emergencias están cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan

Los servicios de transporte que no son de emergencia están cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan como servicios separados (carved out) y como beneficios extras. Excepción: si usted está inscrito en una exención DD, UnitedHealthcare Community Plan provee cobertura para el transporte en ambas direcciones para sus servicios sin exención. (Vea abajo **Transporte de/a en Servicios de la Exención DD**.)

El transporte puede proveerse si usted no tiene otro medio como transporte y necesita acudir a una cita con un doctor o a una institución de cuidados para la salud para recibir un servicio cubierto. Para las citas urgentes o citas médicas que no son emergencias, llame a la línea de reservaciones al **1-866-622-7982**, TTY **711**. Si tiene problemas obteniendo transporte a sus citas, llame al número de transporte abajo anotado o llame a Servicios para Miembros al **1-866-622-7982**, TTY **711**. Servicios para Miembros están aquí para ayudarle.

## 10. Cómo puede tener acceso a sus beneficios de CCC Plus

En caso de una emergencia en donde haya peligro de perder la vida, llame al **911**. Vea **Cómo obtener cuidados en caso de emergencias** en el capítulo 7 de este manual.

| Nombre     | Información del contacto           | Detalles                                                                                                          |
|------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Transporte | <b>ModivCare:<br/>844-604-2078</b> | Para citas no urgentes, los miembros deben solicitar transporte al menos cinco (5) días hábiles antes de su cita. |

Los viajes urgentes se pueden programar el mismo día. Los viajes urgentes se definen como una solicitud de transporte no programada el mismo día en la que no existe una amenaza inmediata para la vida o las extremidades, pero el miembro debe ser visto el día de la solicitud y el tratamiento no se puede retrasar hasta el día siguiente, por ejemplo, altas del hospital o el departamento de emergencias, citas de seguimiento programadas menos de 5 días después de la última cita; citas preoperatorias inesperadas; egresos hospitalarios; citas para nuevas condiciones médicas o pruebas cuando el miembro debe ser visto; y diálisis.

### Servicios de exención DD para transporte de ida y regreso

Si usted está inscrito en una exención DD, UnitedHealthcare Community Plan provee cobertura para su transporte de ida y regreso de sus servicios sin exenciones. (Llame al número **arriba** anotado para obtener transporte a **servicios sin exención**.)

Transporte a sus servicios de exención DD está cubierto por el contratista de transporte DMAS. Usted puede conocer más acerca de cómo tener acceso a los servicios de transporte a través del contratista de transporte DMAS en el sitio de internet de: <http://transportation.dmas.virginia.gov/> o llamando al contratista de transporte. Las citas para transporte de rutina se hacen de las 6:00 a.m. a las 8:00 p.m., de lunes a viernes. El contratista de transporte DMAS está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana para reservaciones de urgencia al: **1-866-386-8331** o TTY **1-866-288-3133** o **711** para hablar con una operadora.

## 10. Cómo puede tener acceso a sus beneficios de CCC Plus

---

Si tiene problemas obteniendo transporte a sus servicios de exención DD, usted puede llamar a su administrador de caso de exención DD o ID o al contratista de transporte DMAS al número arriba anotado. Usted también puede llamar a su Coordinador de Cuidados quien trabajará estrechamente con usted y con su administrador de caso de exención DD O ID para ayudarle a conseguir los servicios que usted necesita. Servicios para Miembros también se encuentra disponible para ayudarle en el número **1-866-622-7982**, TTY **711**.

# 11. Servicios cubiertos a través del programa DMAS Medicaid Pago-por-Servicio

---

## Servicios separados (carved-out)

El Departamento de Asistencia Médica le ofrecerá a usted la cobertura para los servicios anotados abajo. Estos servicios se conocen como servicios separados (carved out). (Su proveedor factura a Pago-por-Servicios de Medicaid o a un contratista DMAS) por estos servicios.

Su Coordinador de Cuidados puede también ayudarle a tener acceso a estos servicios si lo necesita.

- Los **servicios dentales** se brindan a través del administrador de beneficios dentales de DMAS. DMAS ha contratado a su Administrador de beneficios dentales para coordinar la prestación de todos los servicios dentales de Medicaid. El programa dental brinda cobertura para las siguientes poblaciones y servicios:
  - Para niños y jóvenes menores de 21 años: diagnósticos, prevención, procedimientos restaurativos y quirúrgicos, así como servicios de ortodoncia
  - Para mujeres embarazadas: rayos-x y exámenes, limpieza de dientes, empastes, tratamientos de canales, tratamientos relacionados a las encías, coronas, parciales, y dentaduras, extracción de dientes y otras cirugías orales, así como otros servicios generales apropiados. Los tratamientos de ortodoncia no están incluidos. La cobertura dental termina 60 días después de la fecha de nacimiento del bebé.
  - Para adultos de 21 años o mayores, la cobertura incluirá limpiezas, radiografías, exámenes, empastes, dentaduras postizas, endodoncias, tratamientos relacionados con las encías, cirugía oral y más

## 11. Servicios cubiertos a través del programa DMAS Medicaid Pago-por-Servicio

---

- Brindamos cobertura para servicios orales como hospitalizaciones, cirugías o servicios facturados por un médico, no por un dentista
- Si usted tiene cualquier pregunta acerca de su cobertura dental a través del Administrador de beneficios dentales de DMAS, usted puede contactar a Servicios para Miembros de DentaQuest al **1-888-912-3456**, de las 8:00 a.m. a las 6:00 p.m. tiempo del Este, de lunes a viernes. El número TTY/TDD es **1-800-466-7566**. Información adicional se provee en internet en: <https://www.dmas.virginia.gov/for-members/benefits-and-services/dental/>.
- UnitedHealthcare Community Plan provee cobertura para transporte que no sea de emergencia para cualquier servicio dental que esté cubierto a través del Administrador de beneficios dentales de DMAS, tal y como arriba se describe. Contacte a Servicios para Miembros al número anotado abajo si requiere de asistencia.
- **Servicios de exención DD para discapacidad del desarrollo**, incluyendo los servicios de administración de caso para la exención DD, se encuentran cubiertos por DBHDS. Los servicios separados incluyen cualquier servicio con exención DD que se encuentra cubierto por EPSDT para individuos inscritos con exención DD y transporte de ida y regreso a servicios de exención DD. También vea cómo obtener servicios si usted tiene una exención por discapacidad en el desarrollo (How to Get Services if you are in a Developmental Disability Waiver) en la sección 10 de este manual.
- **Servicios de salud escolares** incluyendo ciertos servicios médicos, mentales, de audición o servicios de terapia de rehabilitación que son organizados por la escuela de sus hijos. La ley requiere que las escuelas provean a los estudiantes con discapacidades con una educación pública, apropiada y gratuita, incluyendo educación especial y servicios relacionados de acuerdo a cada uno de los estudiantes en un **Programa de educación individualizado (IEP)**. Mientras que las escuelas son financieramente responsables por los servicios educacionales, en el caso de un estudiante elegible a Medicaid, parte de los costos de los servicios identificados en el IPE del estudiante puede ser cubierto por Medicaid. Cuando está cubierto por Medicaid, los servicios de salud de la escuela son pagados por DMAS. Contacte al administrador de la escuela de su hijo si tiene preguntas acerca de los servicios de salud de la escuela.

## 11. Servicios cubiertos a través del programa DMAS Medicaid Pago-por-Servicio

---

- **La Administración de casos de tratamiento de cuidado de crianza** es administrada por Magellan of Virginia y hay más información disponible en: <http://www.magellanoofvirginia.com> o llamando al: **1-800-424-4046**, TDD **1-800-424-4048** o TTY **711**. También puede llamar a su Coordinador de Cuidados para obtener ayuda.
- **Servicios grupales terapéuticos en el hogar** para niños y adolescentes menores de 21 años. Este es un lugar donde los niños y adolescentes viven mientras reciben tratamiento. Los niños que están bajo este nivel de cuidados tienen serios problemas de salud mental. Estos servicios brindan supervisión y atención de la salud del comportamiento hacia objetivos terapéuticos. Estos servicios también ayudan al Miembro y a su familia a trabajar para el regreso al hogar del Miembro. Puede obtener más información sobre Therapeutic Group Home Services en el sitio web de Magellan en: [www.magellanoofvirginia.com](http://www.magellanoofvirginia.com) o llamando al: **1-800-424-4046**, TDD **1-800-424-4048** o TTY **711**. También puede llamar a su Coordinador de Cuidados para asistencia.
- Para miembros de veintiún (21) a sesenta y cuatro (64) años, donde el miembro ingresa a una Institución privada independiente para enfermedades mentales (IMD) o un IMD independiente estatal para una Orden de detención temporal (TDO), el programa estatal TDO pagará el servicio

## Servicios que terminarán su inscripción en CCC Plus

Si usted recibe cualquiera de los servicios abajo mencionados, su inscripción dentro de UnitedHealthcare Community Plan terminará. Usted recibirá estos servicios a través de DMAS o de un contratista de DMAS.

- PACE (Programa con todos los cuidados incluidos para las personas de la tercera edad). **Para conocer más información acerca de PACE, hable con su Coordinador de Cuidados o visite:** <http://www.pace4you.org/>.
- Usted reside en una institución de cuidados intermedios con discapacidades intelectuales y del desarrollo (ICF/IID)

## 11. Servicios cubiertos a través del programa DMAS Medicaid Pago-por-Servicio

---

- Usted está recibiendo cuidados de tratamiento en una residencia psiquiátrica (personas menores de 21 años). Se puede obtener información adicional acerca de los Servicios de instalaciones de tratamiento residencial psiquiátrico en el sitio web de Magellan en: [www.magellanofvirginia.com](http://www.magellanofvirginia.com) o llamando al: **1-800-424-4046**, TDD **1-800-424-4048** o TTY **711**. También puede llamar su Coordinador de Cuidados para asistencia.
- Usted reside en una institución con servicios de enfermería para veteranos
- Usted reside en una de las siguientes instituciones del Estado para cuidados a largo plazo: Piedmont, Catawba, Hiram Davis, o Hancock

# 12. Servicios no cubiertos por CCC Plus

---

Los siguientes servicios no están cubiertos por Medicaid o por UnitedHealthcare Community Plan. Si usted recibe cualquiera de los siguientes servicios que no están cubiertos, usted será responsable por el costo de esos servicios.

- Acupuntura
- Gasto administrativo, como el llenado de formas y la copia de récords
- Inseminación artificial, fertilización in-vitro, u otros servicios para promover la fertilidad
- Ciertos medicamentos que no han sido comprobado que son efectivos
- Ciertos procedimientos de diagnóstico y cirugía que son experimentales
- Servicios de quiropráctica
- Tratamientos de cirugía cosméticos
- Cuidados diurnos, incluyendo servicios de compañía para las personas de la tercera edad (excepto en algunos servicios con exenciones domiciliarias y dentro de la comunidad)
- Medicamentos prescritos para tratar la caída del pelo o decolorantes de la piel
- Reparación de anteojos para Miembros de 21 o más años
- Inmunizaciones si usted tiene 21 o más años (excepto para la influenza y la neumonía para las personas que estén en riesgo y como se autoriza por UnitedHealthcare Community Plan)
- Cuidados médicos además de servicios de emergencia o servicios para el planeamiento familiar recibidos de proveedores por fuera de la red, a menos que hayan sido autorizados por UnitedHealthcare Community Plan
- Servicios de cuidados personales (excepto a través de algunas exenciones a través de servicios domiciliarios o dentro de la comunidad bajo EPSDT)
- Medicamentos de receta, incluyendo los copagos de Medicare

¿Preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para 101 Miembros gratuitamente a **1-866-622-7982**, TTY **711**, 8 a.m. – 8 p.m., diario.

[Table of contents](#)

## 12. Servicios no cubiertos por CCC Plus

---

- Enfermería de turnos privada (excepto con algunas exenciones de servicio a domicilio y en comunidades o bajo EPSDT)
- Cuidados fuera de los Estados Unidos

## Si usted recibe servicios que no tienen cobertura

Nosotros cubrimos sus servicios cuando está inscrito en nuestro plan y:

- Servicios que son médicamente necesarios, y
- Servicios están enlistados como **Beneficios cubiertos a través de UnitedHealthcare Community Plan** en la sección 10 de este manual, y
- Usted recibe servicios de acuerdo a las siguientes regulaciones del plan.

Si usted recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o cubiertos a través de DMAS, usted debe pagar el costo completo. Si usted no está seguro y quiere saber si nosotros pagaremos por cualquier servicio médico o cuidados, usted tiene el derecho de preguntarnos. Usted puede llamar a Servicios para Miembros o a su Coordinador de Cuidados para conocer más acerca de los servicios y de cómo puede obtenerlos. Usted también tiene el derecho de hacer sus preguntas por escrito. Si nosotros le informamos que no pagaremos por esos servicios, usted tiene el derecho de presentar una apelación a nuestra decisión.

La sección 15 provee instrucciones para cómo presentar una apelación acerca de las decisiones de la cobertura de UnitedHealthcare Community Plan. Usted también puede llamar a Servicios para Miembros para conocer más acerca de sus derechos de apelación o para obtener asistencia presentando una apelación.

# 13. Costos compartidos del miembro

---

No hay copagos por los servicios cubiertos a través del programa CCC Plus. Esto incluye servicios que están cubiertos a través de UnitedHealthcare Community Plan o servicios que están separados del contrato con CCC Plus. Los servicios provistos a través de UnitedHealthcare Community Plan o a través de DMAS no requieren que usted pague ningún costo además del que el paciente paga por los servicios y apoyo a largo plazo. Vea Member Patient Pay en la siguiente sección.

CCC Plus no permite que los proveedores cobren por los servicios que están cubiertos. UnitedHealthcare Community Plan les paga a los proveedores directamente protegiéndolo a usted de cualquier costo. Eso es cierto aún si nosotros le pagamos al proveedor una menor cantidad de lo que se está cobrando por el servicio. Si usted recibe una factura por un servicio que tiene cobertura, contacte a Servicios para Miembros y ellos le podrán ayudar.

Si usted obtiene servicios que no están cubiertos por nuestro plan o cubiertos por DMAS, usted debe pagar el costo completo. Si usted no está seguro y quiere saber si nosotros pagaremos por cualquier servicio médico o cuidados, usted tiene el derecho a preguntarnos y puede llamar a Servicios para Miembros o a su Coordinador de Cuidados para conocer acerca de esos servicios y de cómo puede obtenerlos. Usted también tiene el derecho de preguntar eso por escrito. Si nosotros decimos que no vamos a pagar por sus servicios usted tiene el derecho de presentar una apelación a nuestra decisión. Vea la sección 12 en este manual para conocer la lista de servicios que no tienen cobertura.

### Pago de los miembros como pacientes por servicios y apoyo a largo plazo

Usted puede tener una responsabilidad de **pago del paciente** aplicado al costo de los cuidados con exención que recibe en una institución de reposo con servicios de enfermería y en la comunidad. Se requiere que un pago de paciente sea calculado para todos los Miembros que se encuentran en una institución con servicios de enfermería o recibiendo servicios de exención basados en el hogar y en la comunidad. Cuando sus ingresos exceden cierta cantidad, usted debe contribuir hacia el costo de servicios y apoyos a largo plazo. Si usted tiene un pago de paciente, recibirá una notificación del departamento local de Servicios Sociales (DSS) informándole de su responsabilidad de pago de paciente. DMAS también comparte parte de sus pagos de paciente con UnitedHealthcare Community Plan si se requiere que usted pague por sus costos por los servicios y apoyos a largo plazo. Si usted tiene preguntas acerca de la cantidad que es su pago de paciente, contacte al trabajador de elegibilidad de Medicaid en el departamento local de los Servicios Sociales.

### Miembros de Medicare y la parte D de medicamentos

Si usted tiene Medicare, usted obtiene sus medicamentos de receta de Medicare parte D; no los obtiene del programa CCC Plus Medicaid. CCC Plus no paga copagos por los medicamentos que cubre Medicare parte D.

# 14. Autorización de servicios y determinación de beneficios

---

## Autorización de servicios

Hay algunos tratamientos, servicios y medicamentos por los cuáles usted necesita obtener aprobación antes de poder recibirlos o en orden de poder continuar recibéndolos. A esto se le llama autorización de servicio. Usted, su doctor o alguna otra persona a la cuál le tenga usted confianza pueden solicitar una autorización de servicio.

Si los servicios que usted requiere están cubiertos a través de Medicare, entonces una autorización de servicio de parte de UnitedHealthcare Community Plan no es requerida. Si usted tiene preguntas acerca de qué servicios están cubiertos bajo Medicare, por favor contacte al plan de salud de Medicare. Usted también puede contactar a su Coordinador de Cuidados de UnitedHealthcare Community Plan.

Una autorización de servicio ayuda a la determinación si ciertos servicios o procedimientos son médicamente necesarios y están cubiertos por el plan. Las decisiones se basan en cuál es el derecho de cada Miembro y en cuál es el tipo de cuidados y servicios que se necesitan.

Nosotros vemos en cuáles estándares los cuidados se están basando:

- Políticas médicas
- Normas clínicas nacionales
- Normas de Medicaid
- Sus beneficios de salud

## 14. Autorización de servicios y determinación de beneficios

---

UnitedHealthcare Community Plan no otorga premios a sus empleados, consultores u otros proveedores por:

- Negar cuidados y servicios que usted necesita
- Apoyar decisiones que aprueben menos de lo que usted necesita
- Decir que usted no tiene cobertura

Las autorizaciones de servicios no se requieren para servicios de intervención temprana, emergencias, cuidados, servicios de planificación familiar (incluyendo anticonceptivos reversibles de larga duración), servicios preventivos y cuidados básicos prenatales.

Los siguientes tratamientos y servicios deben ser autorizados antes de que usted pueda recibirlos:

- Cuidados de salud para adultos durante el día
- Tecnología de asistencia
- Cirugía bariátrica
- Estimulador del crecimiento óseo
- Reconstrucción de mama (sin mastectomía)
- Cardiología
- Implantes de cóclea y otros implantes auditivos
- Cirugía cosmética y cirugía reconstructiva
- DME (equipo médico durable) por arriba de \$500
- Servicios enterales
- Modificaciones del medioambiente
- Experimental y de investigación
- Síndrome de compresión Femoroacetabular (FAI)
- Cirugía endoscópica funcional de los senos (FESS)
- Tratamiento de disforia de género
- Cuidados de salud en el domicilio
- Medicamentos inyectables
- Reemplazo de articulación

## 14. Autorización de servicios y determinación de beneficios

---

- Servicios de cuidados médicos durante el día
- Monitorización de medicamentos
- Transporte por aire que no sea de emergencia
- Cirugía para deformidades maxilofaciales (orthognathic surgery)
- Ortóticos/prostéticos de más de \$500
- Asistentes para cuidados personales – cuidados de asistente
- Instalación de respuesta para emergencias personales – instalación (PERS)
- Enfermeras privadas de turno
- Terapia con haz de protones
- Pruebas psicológicas
- Radiología
- Cuidados de descanso para asistentes
- Rinoplastia
- Servicio para la facilitación de visitas
- Sinuplastia
- Institución con enfermería especializada
- Cirugía y procedimientos para la apnea del sueño
- Estimulador espinal para el control del dolor
- Cirugía espinal
- Servicio de asistencia para transiciones
- Trasplantes
- Estimulación del nervio vago
- Procedimientos en venas
- Aparato de asistencia ventricular (VAD)
- Aspirador de heridas

Para conocer más acerca de cómo obtener la aprobación de estos tratamientos o servicios, usted puede contactar a Servicios para Miembros al número anotado abajo o llamar a su Coordinador de Cuidados.

**¿Preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para 107 Miembros gratuitamente a **1-866-622-7982**, TTY **711**, 8 a.m. – 8 p.m., diario.

[Table of contents](#)

### Autorización de servicios y continuidad de cuidados

Si usted es nuevo para UnitedHealthcare Community Plan, respetaremos cualquier aprobación de autorización de servicio realizada por DMAS o emitida por otro plan CCC Plus durante el período de continuidad de la atención o hasta que la autorización finalice, si es antes. El período de continuidad de la atención es de 30 días. Consulte el **Período de continuidad de la atención** en la Sección 3 de este manual.

### Cómo presentar una solicitud para la autorización de un servicio

Para presentar la solicitud a una autorización de un servicio, por favor llame al **1-877-843-4366**, TTY **711**, de las 8:00 a.m. a las 8:00 p.m., 7 días a la semana. O llame a Servicios para Miembros. Su Coordinador de Cuidados se encuentra también disponible para ayudarle a contactar a un proveedor o a un doctor para solicitar autorizaciones de servicio.

### Qué pasa después de que usted obtiene su autorización de servicio

UnitedHealthcare Community Plan tiene un equipo de revisión que se asegura que usted recibe los servicios que son médicamente necesarios. En el equipo de revisión hay doctores, enfermeras y clínicos con licencia. Su trabajo es asegurar que el tratamiento o servicio que usted solicitó es médicamente necesario y el correcto para usted. Ellos hacen esto checando su plan de tratamiento en contra de los estándares médicos aceptables. Los estándares que nosotros usamos para determinar que es médicamente necesario no son más restrictivos que los que DMAS emplea.

Cualquier decisión para negar la solicitud para una autorización de servicio o para aprobarla por una cantidad de dinero que sea menor a la cantidad solicitada se le llama una determinación (decisión) de beneficio adversa. Esta decisión será hecha por un profesional de los cuidados de salud calificado. Si nosotros decidimos que, si el servicio que se solicita no es médicamente necesario, la decisión será hecha por un profesional de la salud médica o del comportamiento, que puede ser un doctor u otro

## 14. Autorización de servicios y determinación de beneficios

---

profesional de los cuidados de la salud que típicamente provee los cuidados que usted ha solicitado. Usted puede solicitar los estándares médicos específicos, llamados criterios de revisión médica, empleados para tomar decisiones para las acciones relacionadas a necesidades médicas.

### Períodos de tiempo para la revisión de una revisión de autorización

UnitedHealthcare Community Plan sigue los estándares y plazos de autorización del servicio del Comité Nacional de Garantía de Calidad.

UnitedHealthcare Community Plan es responsable para decidir qué tan rápido se necesita la autorización según la urgencia y el tipo de servicio solicitado. Para decisiones de autorización estándar, UnitedHealthcare Community Plan proporcionará una notificación por escrito tan rápidamente como sea necesario y dentro de catorce (14) días calendario. Para decisiones urgentes, UnitedHealthcare Community Plan proporcionará una notificación por escrito dentro de tres (3) días calendario.

Las solicitudes urgentes incluyen solicitudes de atención o servicios médicos o de salud conductual en los que la espera de 14 días podría dañar seriamente su salud o su capacidad para funcionar en el futuro. La atención o los servicios para ayudar con las transiciones del hospital hospitalario o del entorno institucional al hogar también son solicitudes urgentes. Usted o su doctor pueden solicitar una solicitud urgente si piensa que un retraso le causaría daños graves a su salud.

En las decisiones estándar o urgentes, si UnitedHealthcare Community Plan, usted o su proveedor solicitan una extensión, o se necesita más información, está permitida una extensión hasta por catorce (14) días calendario adicionales.

Para los servicios de farmacia, nosotros debemos proporcionar decisiones por teléfono o a través de otro medio de telecomunicaciones dentro de 24 horas.

## 14. Autorización de servicios y determinación de beneficios

---

**Puede existir el caso en el cuál su medicamento requiera de una autorización de servicio y el doctor que la receta no puede proporcionarnos fácilmente información de autorización, por ejemplo, durante el fin de semana o en un día festivo. Si su farmacéutico piensa que su salud se vería comprometida sin el beneficio del medicamento, podemos autorizar un suministro de emergencia de 72 horas del medicamento recetado. Este proceso le proporciona a usted un suministro a corto plazo de los medicamentos que necesita y le da tiempo a su doctor para presentar una solicitud de autorización para el medicamento recetado.**

Si necesitamos más información para tomar una decisión acerca de su solicitud de servicio, nosotros:

- Le informaremos por escrito a usted y a su proveedor cual es la información que necesitamos. Si su solicitud es por una solicitud urgente, le llamaremos a usted o a su proveedor de inmediato y le mandaremos una notificación por escrito después.
- Le diremos la razón por el retraso, el cual es por su propio beneficio
- Tomaremos una decisión no más tarde de 14 días a partir de la fecha cuando le solicitamos por más información

Usted, su proveedor o alguien más a quién le tenga usted confianza pueden también solicitar que tomemos más tiempo para llegar a una decisión. Esto es porque usted tiene más información que participarle a UnitedHealthcare Community Plan para ayudarle a decidir en su caso. Esto puede hacerse llamando al número **1-866-622-7982, TTY 711**.

Usted o alguien más a quién le tenga confianza puede presentar una reclamación con UnitedHealthcare Community Plan si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de tomar más tiempo para revisar su solicitud. Usted o alguien a quien le tenga confianza puede también presentar una reclamación acerca de la forma en que UnitedHealthcare Community Plan ha manejado su solicitud para la autorización del servicio ante el estado a través de la línea de asistencia de CCC Plus al **1-844-374-9159** o TDD **1-800-817-6608**. Vea también **Su derecho a presentar una reclamación**, en la sección 15 de este manual.

## 14. Autorización de servicios y determinación de beneficios

---

### Determinación de beneficio

Nosotros le notificaremos de nuestra decisión cuando la fecha de la revisión ha expirado. Pero si por cualquier razón usted no ha recibido ninguna comunicación de nosotros para esa fecha, es equivalente a que nosotros hemos negado su solicitud para una autorización de un servicio. Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, usted tiene el derecho de presentar una apelación ante nosotros. Vea también Su derecho a apelar, en la sección 15 de este manual.

Nosotros le dejaremos saber a usted y a su proveedor por escrito si su solicitud ha sido negada. Una negación se incluye cuando la solicitud es aprobada por una cantidad que es menor que la cantidad solicitada. También le diremos a usted cuál es la razón por nuestra decisión y el nombre del contacto, dirección y número de teléfono de la persona responsable por haber tomado la determinación adversa. Nosotros le explicaremos cuáles son sus opciones para las apelaciones que tiene si no está de acuerdo con nuestra decisión. Vea también Su derecho a apelar en la sección 15 de este manual.

### Notificación por adelantado

En la mayoría de los casos, si nosotros tomamos una determinación acerca de los beneficios para reducirlos, suspenderlos o terminar un servicio que ya habíamos aprobado y que estaba ya recibiendo, debemos comunicárselo 10 días antes de que nosotros llevemos a cabo cualquier cambio en el servicio. Vea también **Continuación de beneficios** in la sección 15 de este manual.

### Revisión de post pago

Si usted está checando en los cuidados o servicios que ha recibido en el pasado, nosotros hacemos una revisión de proveedor de los pasados pagos. Si nosotros le negamos el pago a un proveedor por un servicio, le mandaremos una notificación a usted y a su proveedor el día en que el pago es negado. Usted no tendrá que pagar por ningunos cuidados que reciba y que hayan sido cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan, aún si después nosotros neguemos el pago al proveedor.

# 15. Apelaciones, Audiencias Imparciales del Estado y reclamaciones

---

## Su derecho para apelar

Usted tiene el derecho de apelar cualquier determinación adversa de beneficios relacionada a la cobertura o pago de servicios por UnitedHealthcare Community Plan con la que usted no esté de acuerdo.

Por ejemplo, usted puede apelar si UnitedHealthcare Community Plan niega:

- Una solicitud por un servicio para los cuidados de salud, el suministro, un objeto o un medicamento que usted piensa que debería de tener, o
- Una solicitud por el pago de un servicio para los cuidados de salud, un suministro, un objeto o un medicamento que UnitedHealthcare Community Plan ha negado.

Usted también puede presentar una apelación si UnitedHealthcare Community Plan no provee o no paga por todo o parte de un servicio o un medicamento que recibe a través de CCC Plus que usted piensa debería de continuar recibiendo.

### Determinación adversa de un beneficio

Hay algunos tratamientos y servicios por los cuales usted necesita obtener una aprobación antes de recibirlos o para que pueda continuar recibéndolos. Solicitando por la aprobación de un tratamiento o servicio se conoce como solicitud de autorización por un servicio. Este proceso se ha descrito anteriormente en este manual. Cualquier decisión que tomemos para negar la solicitud de autorización para un servicio o la aprobación por una cantidad que sea menor que la solicitada se le llama una determinación adversa de un beneficio. Vea **Autorización de servicios y determinación de beneficios** en la sección 14 de este manual.

## 15. Apelaciones, Audiencias Imparciales del Estado y reclamaciones

---

### Representante autorizado

Usted puede darle permiso escrito a alguien, como su PCP, proveedor, amigo o persona en su familia, para ayudarlo con su apelación. A esta persona se le llama un representante autorizado. Usted debe informar a UnitedHealthcare Community Plan el nombre de su representante autorizado. Usted puede hacerlo llamando a Servicios para Miembros a uno de los números de teléfonos abajo anotados. Nosotros le proveeremos con una forma que puede llenar y firmar declarando quién será su representante.

### Cómo presentar su apelación

Si usted no está satisfecho con la decisión que nosotros hemos tomado acerca de su servicio, usted tiene 60 días calendarios después de nuestra notificación para presentar una apelación. Usted puede presentar esta apelación por usted mismo o pedirle a otra persona hacerlo en su nombre. Puede llamar a Servicios para Miembros a uno de los números anotados abajo si necesita ayuda para presentar la apelación o si usted necesita ayuda con el lenguaje o si requiere de un formato alternativo. Nosotros no lo trataremos injustamente por presentar una apelación.

Usted puede presentar su apelación por teléfono o por escrito. A menos que necesite una revisión acelerada, debe completar una solicitud por escrito, incluso si la presentó de forma oral. Si no se recibe una apelación escrita firmada dentro de los 30 días de su solicitud telefónica de apelación estándar, su apelación se cerrará. Usted puede enviar esta apelación como una apelación estándar o expedita (rápida).

Su doctor puede solicitar que su apelación pueda ser revisada con un proceso expedito si considera que su condición de salud o la necesidad del servicio requieren que el proceso sea expedito. **Para cumplir con el procesamiento acelerado**, su doctor tendrá que explicar como el retraso podría causarle un daño físico o mental. Si su solicitud por una apelación expedita se niega, nosotros le informaremos y el proceso de su apelación será revisado como un proceso estándar.

Mande la solicitud para su apelación a:

UnitedHealthcare Community Plan  
Grievances and Appeals  
P.O. Box 31364  
Salt Lake City, UT 84131-0364

**¿Preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para 113 Miembros gratuitamente a **1-866-622-7982**, TTY **711**, 8 a.m. – 8 p.m., diario.

[Table of contents](#)

## 15. Apelaciones, Audiencias Imparciales del Estado y reclamaciones

---

### Continuación de beneficios

En algunos casos es posible que usted pueda continuar recibiendo servicios que han sido negados por nosotros mientras usted esperaba por la decisión de su apelación. Es posible que usted pueda continuar recibiendo los servicios que fueron programados para suspenderse o disminuirse si usted presenta una apelación:

- En un plazo de diez días a partir del momento en que le enviamos un aviso informándole que su solicitud fue denegada o que la atención médica estaba cambiando; o
- Antes o en la fecha en que el cambio de servicios se ha programado para que ocurra.

Si su apelación resulta en otra negación, usted puede tener que pagar el costo de los beneficios que ha recibido si los servicios fueron otorgados solamente por los requisitos descritos en esta sección.

### Qué pasa después de que se recibimos su apelación

Nosotros, le enviaremos una carta informándole que hemos recibido su solicitud de apelación y estamos trabajando en ella.

Apelaciones en asuntos clínicos serán decididas por profesionales en los cuidados de la salud quienes no tomaron parte en determinar la primera decisión y quienes tienen una experiencia clínica apropiada en el tratamiento de su condición o enfermedad.

Antes y durante la apelación, usted o su representante autorizado pueden tener acceso a su expediente, incluyendo los récords médicos y cualquier otro documento o récords empleados en la decisión que se tomó en su caso. Esta información está disponible para usted gratuitamente.

Usted también puede proveer, en persona o por escrito, información que quiera que se use en la determinación de su apelación.

Dirección por correo:

UnitedHealthcare Community Plan  
Grievances and Appeals  
P.O. Box 31364  
Salt Lake City, UT 84131-0364

114 **¿Preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros gratuitamente a **1-866-622-7982**, TTY **711**, 8 a.m. – 8 p.m., diario.

[Table of contents](#)

## 15. Apelaciones, Audiencias Imparciales del Estado y reclamaciones

---

### Ubicación:

UnitedHealthcare Community Plan  
9020 Stony Point Parkway, Suite 400  
Richmond, VA 23235

Usted también puede llamar a Servicios para Miembros a uno de los números abajo anotados si no está seguro de la información que quiere comunicarnos.

### Períodos de tiempo para las apelaciones

#### Apelaciones estándar

Si tenemos toda la información que necesitamos, le notificaremos por escrito nuestra decisión dentro de los 30 días calendario.

#### Apelaciones expeditas

Si nosotros tenemos toda la información que necesitamos, las decisiones expeditas de apelaciones serán tomadas dentro de las primeras 72 horas después de recibir su apelación. Nosotros le diremos cuál fue nuestra decisión por teléfono y le enviaremos una notificación por escrito dentro de 3 días calendarios después de haberle informado oralmente acerca de la decisión.

#### Si nosotros necesitamos más información

Si nosotros no podemos tomar una decisión dentro de los períodos de tiempo necesarios porque necesitamos más información, nosotros:

- Le escribiremos para indicarle cuál es la información que necesitamos. Si su solicitud es para una revisión expedita, le llamaremos de inmediato y mandaremos posteriormente una notificación;
- Le informaremos que la razón por el retraso es en el mejor de sus intereses; y
- Tomaremos una decisión en no más de 14 días adicionales de los períodos de tiempo mencionados arriba.

## 15. Apelaciones, Audiencias Imparciales del Estado y reclamaciones

---

Usted, su proveedor u otra persona a la cual usted le tenga confianza también pueden solicitar que tomemos más tiempo para tomar una decisión. Esto podría ser porque usted tiene más información que comunicar a UnitedHealthcare Community Plan para ayudarle a decidir su caso. Esto puede hacerse llamando o escribiendo a:

Grievance and Appeals  
P.O. Box 31364  
Salt Lake City, UT 84131-0364

Usted o alguien a quien le tiene confianza puede presentar una reclamación ante UnitedHealthcare Community Plan si usted no está de acuerdo con nuestra decisión para tomar más tiempo para revisar su apelación. Usted o alguien de su confianza también puede presentar una reclamación acerca de la manera en que UnitedHealthcare Community Plan ha manejado su apelación ante el estado a través de CCC Plus línea de asistencia al **1-844-374-9159** o TDD **1-800-817-6608**.

Si no le comunicamos nuestra decisión acerca de su apelación a tiempo, usted tiene el derecho de apelar ante el Estado a través de una Audiencia Imparcial del Estado. Una respuesta tardía por nosotros se considera como una razón válida para que usted pueda apelar a través de un proceso de una Audiencia Imparcial del Estado.

### **Decisión por una notificación por escrito de la apelación**

Le informaremos a usted y a su proveedor por escrito si su solicitud es denegada o aprobada por un monto inferior al solicitado. También le informaremos el motivo de la decisión y los títulos y calificaciones, incluidas las especialidades, de las personas responsables de tomar la determinación adversa. Explicaremos su derecho a apelar a través del Proceso de Audiencia Imparcial del Estado si no está de acuerdo con nuestra decisión.

### Su derecho a una Audiencia Imparcial del Estado

Si usted está en desacuerdo con nuestra decisión acerca de la solicitud para una apelación, usted puede apelar directamente a DMAS. A este proceso se le conoce como una Audiencia Imparcial del Estado. Usted también puede presentar una solicitud para una Audiencia Imparcial del Estado si no respondemos a la solicitud de una apelación por servicios dentro de los límites de tiempo descritos en este manual. El Estado requiere que usted utilice primero (agote por completo) el proceso de apelación a través de UnitedHealthcare Community Plan antes de poder presentar una solicitud a través del proceso de la Audiencia Imparcial del Estado.

Se pueden solicitar audiencias imparciales estatales para una decisión adversa de beneficio relacionada con los servicios cubiertos por Medicaid. No puede apelar ante el DMAS por una decisión adversa de beneficios relacionada con los beneficios adicionales que proporcionamos que no están cubiertos por Medicaid (consulte la Sección 10 para obtener una lista de beneficios adicionales).

#### Solicitudes estándar o expeditas

Para las solicitudes estándar, las apelaciones serán oídas y DMAS le dará a usted su respuesta generalmente dentro de 90 días a partir de la fecha en que usted presente su apelación. Si usted quiere que su Audiencia Imparcial del Estado sea tramitada rápidamente, usted debe escribir “Solicitud Expedita” en su solicitud de apelación. Usted también debe solicitar a su doctor que envíe una carta a DMAS explicando por qué usted necesita una apelación expedita. El DMAS le informará si califica para una apelación acelerada dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la carta de su médico.

#### Representante autorizado

Usted puede dar un permiso por escrito a alguien como su PCP, proveedor o a un amigo o miembro de su familia para ayudarlo con su solicitud para una Audiencia Imparcial del Estado. A esta persona se le conoce como un representante autorizado.

## 15. Apelaciones, Audiencias Imparciales del Estado y reclamaciones

---

### **Dónde puede usted enviar la solicitud para una Audiencia Imparcial del Estado**

Hay varias formas de solicitar una apelación ante el DMAS. La fecha límite para solicitar una apelación ante el DMAS es de 120 días calendario a partir de la fecha en que emitimos nuestra decisión final sobre la apelación interna de la MCO.

1. **Electrónicamente.** En internet en [www.dmas.virginia.gov/#/appealsresources](http://www.dmas.virginia.gov/#/appealsresources) o envíe un correo electrónico a [appeals@dmas.virginia.gov](mailto:appeals@dmas.virginia.gov).
2. **Por fax.** Envíe por fax su solicitud de apelación al DMAS al 804-452-5454.
3. **Por correo o en persona.** Envíe o lleve su solicitud de apelación a la:  
Appeals Division  
Department of Medical Assistance Services  
600 E. Broad Street  
Richmond, VA 23219
4. **Por teléfono.** Llame al DMAS al 804-371-8488 (TTY: 1-800-828-1120)

Para ayudarlo, un formulario de solicitud de apelación está disponible en DMAS en [www.dmas.virginia.gov/#/appealsresources](http://www.dmas.virginia.gov/#/appealsresources). También puede escribir su propia carta. Incluya una copia completa de nuestra carta de denegación final cuando presente su apelación ante el DMAS. También incluya cualquier documento que desee que el DMAS revise durante su apelación. Toda la información enviada durante la solicitud inicial y durante el proceso de apelación del DMAS se considerará para determinar si la persona cumple con los criterios para la aprobación de la elegibilidad/servicios solicitados.

### **Después de que usted ha presentado una apelación a través de una Audiencia Imparcial del Estado**

DMAS le notificará de la fecha, hora y localidad donde se celebrará la audiencia. La mayoría de las audiencias pueden llevarse a cabo por teléfono.

### **Períodos de tiempo para una Audiencia Imparcial del Estado**

#### **Apelación expedita**

Si califica para una apelación acelerada, 3 días hábiles. Las audiencias para decisiones aceleradas generalmente se llevan a cabo dentro de los 3 días hábiles a partir de la recepción de la carta de su doctor por parte de DMAS.

## 15. Apelaciones, Audiencias Imparciales del Estado y reclamaciones

---

### Apelación estándar

Si su solicitud no es por una apelación expedita o si DMAS decide que usted no califica por una apelación expedita, DMAS generalmente le comunicará su respuesta dentro de 90 días a partir de la fecha en que presento su apelación. Usted tendrá una oportunidad para participar en la audiencia para presentar su posición antes de que se tome una decisión.

### Continuación de beneficios

En algunos casos, usted puede continuar recibiendo los servicios que fueron negados por nosotros mientras espera la decisión de la Audiencia Imparcial del Estado. Es posible que usted pueda continuar con los servicios que estén programados para terminar o para reducirse si usted solicita una apelación:

- En un plazo de diez días a partir de la notificación que le informa que su solicitud fue denegada o que la atención médica estaba cambiando
- En o antes de la fecha en que el cambio en los servicios esté programado para ocurrir

Sus servicios continuarán hasta que usted desista en su apelación o el periodo original de autorización para su servicio termina o el Oficial de la Audiencia Imparcial del Estado emite una decisión que es adversa. **Sin embargo, usted puede tener que pagar a UnitedHealthcare Community Plan por cualquier servicio que haya recibido durante el período de cobertura continuado si la determinación adversa de beneficios se mantiene y los servicios fueron solamente provistos por los requerimientos descritos en esta sección.**

### Si la Audiencia Imparcial del Estado revoca su negación

**Si los servicios no se continuaron mientras la Audiencia Imparcial del Estado estaba pendiente** Si la decisión de la Audiencia Imparcial del Estado revoca la negación, UnitedHealthcare Community Plan debe autorizar o proveer los servicios que están dentro de la apelación tan pronto como su condición lo requiera y no más tarde de 72 horas después de la fecha en que UnitedHealthcare Community Plan recibe la notificación del Estado revocando la negación.

## 15. Apelaciones, Audiencias Imparciales del Estado y reclamaciones

---

### **Si los servicios fueron provistos mientras la Audiencia Imparcial del Estado**

**estaba pendiente** Si la decisión de la Audiencia Imparcial del Estado es la de revocar la negación y los servicios fueron provistos mientras la apelación estaba pendiente, UnitedHealthcare Community Plan debe pagar esos servicios de acuerdo a la política del Estado y sus regulaciones.

### **Si usted no está de acuerdo con la decisión de la Audiencia Imparcial del Estado**

La decisión de la Audiencia Imparcial del Estado es una decisión administrativa final emitida por el Departamento de los Servicios Médicos de Asistencia (Department of Medical Assistance Services.) Si usted está en desacuerdo con la decisión del oficial de la Audiencia, usted puede apelar ante la corte de circuito local.

## **Su derecho a presentar una reclamación**

UnitedHealthcare Community Plan tratará de la mejor manera posible resolver sus preocupaciones tan pronto como sea posible a su entera satisfacción. Dependiendo de qué tipo de preocupación tiene usted, esta será tramitada como una reclamación o procesada como una apelación.

### **Periodo de tiempo para las reclamaciones**

Puede presentar una reclamación con nosotros en cualquier momento.

### **Qué clase de problemas se consideran ser reclamaciones**

El proceso de las reclamaciones se emplea para preocupaciones relacionadas a la calidad de los cuidados, los tiempos de espera y los servicios para el cliente. Estos son unos ejemplos de la clase de problemas que UnitedHealthcare Community Plan procesa como reclamaciones.

### **Reclamaciones acerca de calidad**

- Usted no está satisfecho con la calidad de la atención, como la atención que recibe en el hospital

## 15. Apelaciones, Audiencias Imparciales del Estado y reclamaciones

---

### Reclamaciones acerca de privacidad

- Usted piensa que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que es confidencial o privada

### Reclamaciones acerca de un servicio inadecuado

- Un proveedor de los cuidados para la salud o el personal ha sido irrespetuoso o le ha tratado rudamente
- El personal de UnitedHealthcare Community Plan le ha tratado a usted pobremente
- UnitedHealthcare Community Plan no responde a sus preguntas
- Usted no está satisfecho con la asistencia que recibe de su Coordinador de Cuidados

### Reclamaciones acerca de la accesibilidad

- Usted no tiene acceso físico a los servicios e instalaciones que brindan los cuidados para su salud y/o las oficinas de su doctor o proveedor
- A usted no se le dio acomodación razonable a su solicitud para participar de manera significativa en el proceso de sus cuidados de salud

### Reclamaciones acerca de acceso a las comunicaciones

- Su doctor o proveedor no le ofrece los servicios de un intérprete calificado para la discapacitación de audición o interpretación en otro idioma durante las citas

### Reclamaciones acerca de los tiempos de espera

- Usted tiene problemas obteniendo una cita o tiene que esperar mucho tiempo para obtener la cita
- Usted ha tenido que esperar por doctores, farmacéuticos, u otros profesionales de la salud o por personal en Servicios para Miembros y otros empleados de UnitedHealthcare Community Plan

### Reclamaciones acerca de la limpieza

- Usted piensa que la clínica, hospital o la oficina de su doctor no están limpias

¿Preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para 121 Miembros gratuitamente a **1-866-622-7982**, TTY **711**, 8 a.m. – 8 p.m., diario.

[Table of contents](#)

## 15. Apelaciones, Audiencias Imparciales del Estado y reclamaciones

---

### Reclamaciones acerca de las comunicaciones con nosotros

- Usted piensa que hemos fallado en una notificación o comunicación por carta que usted debería haber recibido
- Usted piensa que la información por escrito que le mandamos es muy difícil de entender
- Usted solicitó ayuda para entender alguna información y nunca la recibió

## Reclamaciones

Para presentar con una reclamación, usted debe llamar a Servicios para Miembros al número anotado abajo. Usted también puede escribir su reclamación y enviarla a nosotros. Si usted pone su reclamación por escrito, nosotros le responderemos por escrito también. Usted puede presentar una reclamación por escrito enviándola a:

Grievance and Appeals  
P.O. Box 31364  
Salt Lake City, UT 84131-0364

Para que podamos ayudarle mejor, incluya los detalles acerca de quién o de que tiene usted una reclamación y cualquier otra información acerca de su reclamación. UnitedHealthcare Community Plan revisará su reclamación y solicitará cualquier información adicional. Usted puede llamar a Servicios para Miembros al número abajo anotado si necesita ayuda para formular una reclamación o si necesita asistencia en otro idioma o formato.

Nosotros le notificaremos el resultado de su reclamación dentro de un tiempo razonable sin que pasen más de 90 días calendarios después de la fecha en que recibimos su reclamación.

Si su reclamación está relacionado con nuestra negativa a acelerar su apelación, o si no está de acuerdo con nuestra decisión de extender el plazo de resolución de la apelación, le responderemos dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la reclamación.

## 15. Apelaciones, Audiencias Imparciales del Estado y reclamaciones

---

### Reclamaciones externas

**Usted puede presentar una reclamación en la Línea de asistencias de CCC Plus.**

Usted puede presentar una reclamación de UnitedHealthcare Community Plan a través de la línea de asistencia de CCC Plus. Contacte a la línea de asistencia de CCC Plus al **1-844-374-9159** o TDD **1-800-817-6608**.

**Usted puede presentar una queja con la Oficina de los Derechos Civiles.**

Usted puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos – Oficina de Derechos Civiles (Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights) si usted piensa que no ha sido tratado justamente. Por ejemplo, usted tiene una queja acerca de los accesos para personas discapacitadas o acerca de la asistencia con el lenguaje. Usted también puede visitar <http://www.hhs.gov/ocr> para obtener más información.

Usted puede contactar a la oficina local los Derechos Civiles en:

Office of Civil Rights- Region III  
Department of Health and Human Services  
150 S Independence Mall West Suite 372  
Public Ledger Building  
Philadelphia, PA 19106  
**1-800-368-1019**  
Fax: **215-861-4431**  
TDD: **1-800-537-7697**

**Usted puede presentar una reclamación con el Defensor en la Oficina Estatal de Cuidados a Largo Plazo (Office of the State Long-Term Care Ombudsman)**

El Defensor del Estado para los cuidados a largo plazo (The State Long-Term Care Ombudsman) funciona como el defensor para las personas de la tercera edad que reciben servicios de cuidados a largo plazo. Defensores locales proveen a las personas mayores de Virginia y a sus familias con información, defensa, asesoría acerca de sus reclamaciones y asistencia en resolver sus problemas de cuidados.

**¿Preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para 123 Miembros gratuitamente a **1-866-622-7982**, TTY **711**, 8 a.m. – 8 p.m., diario.

[Table of contents](#)

## 15. Apelaciones, Audiencias Imparciales del Estado y reclamaciones

---

El programa del Defensor del Estado para los cuidados a largo plazo ofrece asistencia a las personas que reciben servicios para los cuidados de salud a largo plazo, ya sea que los cuidados se provean en una institución de reposo con servicios de enfermería o en una institución de asistencia con la vida diaria, o a través de servicios dentro de la comunidad que asisten a las personas en sus propios domicilios. Un Defensor del Estado para los cuidados a largo plazo no trabaja para las instituciones, el Estado o para UnitedHealthcare Community Plan. Esto les ayuda a ser justos y objetivos en la resolución de los problemas y preocupaciones.

El programa también representa los intereses de los consumidores en sus cuidados a largo plazo ante las agencias de los gobiernos del Estado y del gobierno federal y de la Asamblea General.

El Defensor del Estado para los cuidados a largo plazo puede ayudarle si usted tiene un problema con UnitedHealthcare Community Plan o con la institución de reposo con servicios de enfermería. El Defensor del Estado para los cuidados a largo plazo no está conectado a nosotros o con ninguna otra compañía de seguros o plan de salud. Los servicios son gratuitos.

El teléfono del defensor del Estado para los cuidados a largo plazo  
**1-800-552-5019** Esta llamada es gratuita.  
**1-800-464-9950**

Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Usted debe tener un teléfono especial para emplearlo.

Virginia Office of the State Long-Term Care Ombudsman  
Virginia Department for Aging and Rehabilitative Services  
8004 Franklin Farms Drive  
Henrico, Virginia 23229

**804-662-9140**

<http://www.ElderRightsVA.org>

# 16. Derechos de los miembros

---

## Sus derechos

Es la política de UnitedHealthcare Community Plan la de tratarle con respeto. Nosotros también queremos mantener un alto nivel de confidencialidad con respecto a su dignidad y privacidad. Como un Miembro de CCC Plus, usted tiene ciertos derechos. Usted tiene el derecho a:

- Recibir acceso a los cuidados y servicios a tiempo
- Rechazar la participación en la coordinación de la atención. Cuando un coordinador de atención se comuniqué con usted, infórmele que no desea participar.
- Tomar parte en las decisiones acerca de sus cuidados de salud, incluyendo el derecho de escoger a sus proveedores de la red de UnitedHealthcare Community Plan y el derecho de rehusar tratamientos
- Participar en discusiones francas con sus doctores acerca de tratamientos que sean apropiados y médicamente necesarios para su condición, independientemente del costo o de la cobertura del beneficio
- Escoger recibir servicios y apoyo a largo plazo en su domicilio, comunidad o en una institución de reposo con servicios de enfermería
- Confidencialidad y privacidad acerca de sus récords médicos y cuando usted recibe tratamiento
- Recibir información y discutir opciones de tratamientos disponibles y de otras alternativas, presentadas en una forma y en un idioma que usted pueda entender
- Obtener información en un idioma que usted puede comprender — usted puede obtener servicios de interpretación oral sin costo para usted
- Recibir acomodaciones razonables para asegurar que usted puede tener un acceso y comunicación efectiva con los proveedores, incluyendo los asistentes auxiliares, intérpretes, horarios de citas flexibles e instalaciones y servicios físicamente accesibles

**¿Preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para 125 Miembros gratuitamente a **1-866-622-7982**, TTY **711**, 8 a.m. – 8 p.m., diario.

[Table of contents](#)

## 16. Derechos de los miembros

---

- Recibir la información necesaria para que usted pueda dar un consentimiento educado antes de iniciar un tratamiento
- Ser tratado con respeto y dignidad
- Obtener una copia de sus récords médicos y solicitar que esos récords puedan ser enmendados o corregidos
- Participar en las decisiones relacionadas con su atención médica, incluido el derecho a rechazar el tratamiento
- Estar libre de restricciones o reclusión a menos que sea ordenado por un médico cuando tenga usted un riesgo inminente de sufrir daños físicos en usted mismo o en otras personas o cuando sea una necesidad médica. La reclusión o restricción nunca debe ser empleada como un medio de coerción, disciplina, represalia o conveniencia.
- Obtener cuidados de una manera culturalmente competente sin importar su discapacidad, sexo, raza, estado de salud, color, edad, origen nacional, orientación sexual, estado civil o religión
- Estar informado de dónde, cuándo y cómo se obtienen los servicios que usted necesita de UnitedHealthcare Community Plan, incluyendo cómo puede usted recibir los servicios si no se encuentran disponibles dentro de la red de UnitedHealthcare Community Plan
- Presentar reclamaciones acerca de UnitedHealthcare Community Plan ante el Estado. Usted puede llamar a la línea de asistencia de CCC Plus al **1-844-374-9159** o TDD **1-800-817-6608** para presentar cualquier reclamación acerca de nosotros.
- Nombrar a una persona que lo represente acerca de sus cuidados y tratamientos y también en una apelación si es necesario
- Hacer directivas anticipadas y planes acerca de sus cuidados en el caso en que usted no pueda tomar sus propias decisiones acerca de sus cuidados de salud. Vea la sección 17 en este manual para obtener información acerca de las directivas avanzadas.

- Cambiar su plan de salud CCC Plus una vez al año por cualquier razón durante el periodo de inscripción abierta o cambiar su MCO después del periodo de inscripción abierta cuando tenga una razón que se haya aprobado. Vea la sección 2 en este manual o llame a la línea de asistencia de CCC Plus al **1-844-374-9159** o TDD **1-800-817-6608** o visite nuestro sitio en internet en [cccplusva.com](http://cccplusva.com) para obtener más información.
- Apelar cualquier determinación adversa acerca de la determinación (decisión) de sus beneficios por UnitedHealthcare Community Plan con la cual esté en desacuerdo y sea relativa a la cobertura o el pago de servicios. Vea **Su derecho para apelar** en la sección 15 de este manual.
- Presentar una reclamación acerca de cualquier preocupación que usted tenga acerca de nuestros servicios para los clientes, los servicios que ha recibido o los cuidados y tratamientos que haya tenido de parte de alguno de los proveedores de nuestra red. Vea **Su derecho a presentar una queja** en la sección 15 d este manual.
- Recibir información de nosotros acerca de nuestro plan, los servicios cubiertos, los proveedores dentro de la red y acerca de sus derechos y responsabilidades
- Hacer recomendaciones acerca de la política de los derechos y responsabilidades de los Miembros, por ejemplo, por uniéndose al Comité de Asesoría de los Miembros (como se describe más adelante en esta sección de su manual)
- Ejercer sus derechos y saber que no sufrirá represalias en contra usted por parte de UnitedHealthcare, ninguno de nuestros médicos/proveedores o agencias estatales

## Su derecho a estar seguro

Todo el mundo tiene el derecho de tener una vida segura en su hogar o el entorno que escojan. Cada año, muchos adultos de la tercera edad y aquellos más jóvenes que tienen discapacidades son víctimas de maltratos por familiares, personal que les brinda atención o por otras personas que son responsables por su bienestar. Si usted o alguien a quién usted conozca es víctima del abuso, sufre de descuidos físicos, no se le presta la atención que se debe o alguien está tomando ventaja monetaria sea un miembro de la familia o alguien más, usted debe llamar al departamento local

## 16. Derechos de los miembros

---

de servicios sociales o a la línea del Departamento de Servicios Sociales de Virginia al número **1-888-832-3858**, gratuitamente las 24 horas del día. Usted puede permanecer anónimo haciendo esta llamada; no tiene que revelar su nombre. La llamada es sin costo.

Ellos también pueden proveerle con un trabajador local entrenado para darle a usted asistencia, ayudándole a obtener los tipos de servicios que usted necesita para constatar que usted se encuentra seguro.

## Su derecho a la confidencialidad

UnitedHealthcare Community Plan solo publicará su información si está específicamente permitido hacerlo por la ley estatal y federal o si es necesario emplear esta información en programas que revisan los récords médicos para monitorizar la calidad de los cuidados o para combatir el fraude o el abuso.

El personal de UnitedHealthcare Community Plan le hará preguntas para confirmar su identidad antes de discutir o divulgar cualquier información acerca de datos concernientes a su salud.

### Confidencialidad de la información del suscriptor

La privacidad de la información y los récords del Miembro es importante para UnitedHealthcare Community Plan. Hay varias maneras con las cuáles nosotros protegemos su información.

- Los Miembros firman una autorización para la divulgación de récords médicos. Eso significa que usted nos autoriza a obtener los récords de sus cuidados de salud cuando investigamos cuestiones relativas a la calidad o a la investigación de los mismos.
- UnitedHealthcare ha creado e implementado políticas y procedimientos que protegen la privacidad de sus datos. Este tipo de datos puede divulgarse a la persona o la organización que ha provisto su consentimiento por escrito. Estos datos pueden divulgarse a suscriptores de diez y ocho (18) o más años de edad.
- Los contratos entre el Plan y sus proveedores de los cuidados de salud incluyen términos concernientes a la privacidad de sus récords

## 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, debemos<sup>1</sup> proteger la privacidad de su información de salud (health information, “HI”). Debemos enviarle este aviso. Le informa:

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

Por ley, debemos respetar los términos de este aviso.

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

### Cómo usamos o compartimos su información

**Debemos usar y divulgar su información médica con:**

- Usted o su representante legal
- Agencias gubernamentales

## 16. Derechos de los miembros

---

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

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

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

- **Según sea requerido por ley.**
- **A las personas relacionadas con su atención.** Puede ser un miembro de la familia en una emergencia. Esto puede suceder si usted no puede aceptar o presentar oposición. Si no puede presentar oposición, usaremos nuestro mejor juicio. Si se permite, después de su muerte, podemos compartir información médica como a familiares o amigos que ayudaron con su atención.

130 **¿Preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros gratuitamente a **1-866-622-7982**, TTY **711**, 8 a.m. – 8 p.m., diario.

[Table of contents](#)

- **Para actividades de salud pública.** Esto puede realizarse para prevenir brotes de enfermedades.
- **Para reportar víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica.** Podemos compartirla solamente con entidades que están autorizadas por ley a recibir esta información médica. Puede tratarse de una agencia de servicios sociales o de servicios de protección.
- **Para actividades de supervisión de la salud** a una agencia autorizada por ley a recibir esta información de médica. Esto puede ser para otorgamiento de licencias, auditorías e investigaciones sobre fraude y abuso.
- **Para procedimientos judiciales o administrativos.** Para responder a una orden o a una citación judicial.
- **Para hacer cumplir la ley.** Para localizar a una persona perdida o para informar un delito.
- **Para evitar amenazas a la salud o a la seguridad.** Puede ser a agencias de salud pública o de aplicación de la ley. Un ejemplo es en una emergencia o un desastre natural.
- **Para las funciones del gobierno.** Puede ser para uso militar o de veteranos, para la seguridad nacional o para servicios de protección.
- **Para indemnización de los trabajadores.** Para cumplir con las leyes laborales.
- **Para investigación.** Para estudiar enfermedades o incapacidades.
- **Para proporcionar información acerca de defunciones.** Puede ser para el médico forense o el inspector médico. Para identificar a un difunto, determinar la causa de muerte, o según lo que indique la ley. Podemos proporcionar información médica a los directivos de las funerarias.
- **Para trasplantes de órganos.** Para ayudar a la obtención, el almacenamiento o el trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- **Para las instituciones penitenciarias o de aplicación de la ley.** Con respecto a las personas que están detenidas: (1) para proporcionar atención médica; (2) para proteger su salud y la de otras personas; (3) para la seguridad de la institución.

## 16. Derechos de los miembros

---

- **Para nuestros socios comerciales** en caso de que sea necesario para que le proporcionen sus servicios. Nuestros socios están de acuerdo en proteger su información médica. No se les permite usar la información médica, salvo en conformidad con nuestro contrato con ellos.
- **Otras restricciones.** Las leyes federales y estatales pueden limitar aún más nuestro uso de la información médica que se enumera a continuación. Nosotros cumpliremos con las leyes más estrictas que se apliquen.
  1. Alcohol y abuso de sustancias
  2. Información biométrica
  3. Abuso o negligencia de niños o adultos, incluida la agresión sexual
  4. Enfermedades transmisibles
  5. Información genética
  6. VIH/SIDA
  7. Salud mental
  8. Información de menores
  9. Recetas
  10. Salud reproductiva
  11. Enfermedades de transmisión sexual

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

### 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](http://www.uhccommunityplan.com)).

## 16. Derechos de los miembros

---

### Cómo usar sus derechos

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

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

<sup>1</sup> 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.;

134 **¿Preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros gratuitamente a **1-866-622-7982**, TTY **711**, 8 a.m. – 8 p.m., diario.

[Table of contents](#)

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](http://www.uhc.com/es/privacy/entities-fn-v2-es) o llame al número que figura en su tarjeta de identificación del plan de salud.

### **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.

Protegemos<sup>2</sup> 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

**¿Preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para 135 Miembros gratuitamente a **1-866-622-7982**, TTY **711**, 8 a.m. – 8 p.m., diario.

[Table of contents](#)

## 16. Derechos de los miembros

---

- Podemos compartir su información financiera con compañías que preparan nuestros materiales de comercialización

### Confidencialidad y seguridad

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

### Preguntas sobre este aviso

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

<sup>2</sup> Para los propósitos de este Aviso de privacidad de la información financiera, “nosotros” o “nos” se refiere a las entidades que aparecen enumeradas en la nota al pie de la página 1, desde la última página de Avisos del plan de salud sobre las prácticas de privacidad, además de las siguientes filiales de UnitedHealthcare: AmeriChoice Health Services, Inc.; CNIC Health Solutions, Inc.; Dental Benefit Providers, Inc.; gethealthinsurance.com Agency, Inc.; Golden Outlook, Inc.; HealthAllies, Inc.; Lifeprint East, Inc.; Lifeprint 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](http://www.uhc.com/es/privacy/entities-fn-v2-es) o llame al número que figura en su tarjeta de identificación del plan de salud.

136 **¿Preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros gratuitamente a **1-866-622-7982**, TTY **711**, 8 a.m. – 8 p.m., diario.

[Table of contents](#)

# Cómo puede usted formar parte del Comité de Asesoramiento por Miembros

A UnitedHealthcare Community Plan le gustaría que usted nos asistiera mejorando nuestro plan de salud. Le invitamos a usted a unirse a nuestro Comité de Asesoramiento por Miembros. En este comité usted nos puede dejarnos saber cómo podemos servirle mejor. Asistiendo a esas reuniones le dará a usted, a su asistente de cuidados o los miembros de su familia la oportunidad de ayudar a las reuniones del plan y de conocer a otros miembros de su comunidad. Estas reuniones educativas se celebran cada tres meses. Si usted está interesado en asistir o le gustaría conocer más información al respecto, por favor, contacte a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan usando alguno de los números abajo anotados.

# Nosotros seguimos las políticas de la no discriminación

UnitedHealthcare Community Plan cumple con las leyes que se aplican a los derechos civiles federales y que no discriminan en base a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. En otras palabras, UnitedHealthcare Community Plan no excluye a ninguna persona o las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

UnitedHealthcare Community Plan:

- Provee asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para poder comunicarse con nosotros de una manera efectiva, estas ayudas son:
  - El uso de intérpretes calificados en el lenguaje de señas
  - Información por escrito en diferentes formatos (letras más grandes, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Provee servicios gratuitos de idiomas para aquellas personas cuyo idioma primario no es el inglés, como, por ejemplo:
  - Intérpretes calificados
  - Información impresa en otros idiomas

**¿Preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros gratuitamente a **1-866-622-7982**, TTY **711**, 8 a.m. – 8 p.m., diario.

[Table of contents](#)

## 16. Derechos de los miembros

---

Si usted necesita de esos servicios, contacte a UnitedHealthcare Community Plan al número gratuito anotado en su tarjeta de identificación como Miembro de nuestro plan de salud, TTY **711**.

Si usted piensa que UnitedHealthcare Community Plan ha fallado al no proveerle con esos servicios o ha sido discriminado en cualquier otra forma basada en su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar una reclamación por correo o por correo electrónico a:

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

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

Usted también puede presentar una queja acerca de sus derechos civiles ante el Departamento de los Estados Unidos de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Quejas acerca de los Derechos Civiles, a través del portal de la oficina de los derechos civiles, disponible en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/porta/lobby.jsf>, o por correo a:

### **Correo:**

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

### **Teléfono:**

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

Las formas para presentar las quejas están disponibles en  
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>



UnitedHealthcare Community Plan cumple con los requisitos fijados por las leyes Federales de los derechos civiles y no discrimina en base a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. En otras palabras, UnitedHealthcare Community Plan no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a comunicarse con nosotros. Tales como, cartas en otros idiomas o letra grande. O bien, puede solicitar un intérprete. Para pedir ayuda, por favor, llame al número de teléfono gratuito para miembros que figura en su tarjeta de identificación de miembro del plan de salud, TTY **711**, 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.

Si usted piensa que UnitedHealthcare Community Plan no le ha brindado estos servicios o le ha tratado a usted de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar una queja por correo o correo electrónico a:

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

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

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, electrónicamente a través del sitio para quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo en:

**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)

Formularios para quejas se encuentran disponibles en

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

CSVA21MC4915002\_000

**¿Preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para 139 Miembros gratuitamente a **1-866-622-7982**, TTY **711**, 8 a.m. – 8 p.m., diario.

[Table of contents](#)

## English

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Please call 1-866-622-7982, TTY 711.

## Spanish

ATENCIÓN: si habla español (Spanish), tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-622-7982, TTY 711.

## Korean

참고: 한국어(Korean)를 하시는 경우, 통역 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-622-7982, TTY 711 로 전화하십시오.

## Vietnamese

LƯU Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt (Vietnamese), chúng tôi có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Vui lòng gọi số 1-866-622-7982, TTY 711.

## Chinese

注意:如果您說中文(Chinese), 您可獲得免費語言協助服務。請致電 1-866-622-7982, 或聽障專線(TTY)711。

## Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية (Arabic) ، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجاناً. اتصل بالرقم 1-866-622-7982 ، الهاتف النصي 711.

## Tagalog

ATENSYON: Kung nagsasalita ka ng Tagalog (Tagalog), may magagamit kang mga serbisyo ng pantulong sa wika, nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-622-7982, TTY 711.

## Persian (Farsi)

توجه: اگر به فارسی (Farsi) صحبت می کنید، خدمات ترجمه به صورت رایگان در اختیارتان قرار می گیرد. با 1-866-622-7982 (TTY 711) تماس بگیرید.

## Amharic

የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ (Amharic) ከሆነ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎት ከክፍያ ነጻ አለልዎት። ወደ 1-866-622-7982, TTY 711 ይደውሉ።

## Urdu

توجه فرمائیں: اگر آپ کی زبان اردو (Urdu) ہے تو آپ کے لیے لسانی خدمات مفت دستیاب ہیں۔ 1-866-622-7982 (TTY 711) پر کال کریں۔

## French

ATTENTION: Si vous parlez français (French), vous pouvez obtenir une assistance linguistique gratuite. Appelez le 1-866-622-7982, TTY 711.

## Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите по-русски (Russian), вы можете воспользоваться бесплатными услугами переводчика. Звоните по тел 1-866-622-7982, TTY 711.

## Hindi

ध्यान दे: यदि आप **हिंदी (Hindi)** भाषा बोलते हैं तो भाषा सहायता सेवाएं आपके लिए निःशुल्क उपलब्ध हैं। कॉल करें **1-866-622-7982**, TTY 711.

## German

HINWEIS: Wenn Sie **Deutsch (German)** sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachdienste zur Verfügung. Wählen Sie: **1-866-622-7982**, TTY 711.

## Bengali

আপনি যদি **বাংলায় কথা (Bengali)** বলেন, তাহলে ভাষা সহায়তা পরিষেবাগুলি, আপনার জন্য বিনামূল্যে উপলব্ধ আছে। **1-866-622-7982**, TTY 711 নম্বরে ফোন করুন।

## Kru (Bassa)

TÒ ÌDÙŨ NÒ MÒ DYÍIN CÁO: À bédé gbo-kpá-kpá **bó wudu (Kru (Bassa))**-dù kò-kò po-nyò bě bìì nō à gbo bó pídyi. M̀ dyi gbo-kpá-kpá m̀ó ín, d́á nò bà nìà kẹ: **1-866-622-7982**, TTY 711.

## Igbo

Ọ bụrụ na ị na asụ **Igbo (Igbo)**, ọrụ enyemaka asụsụ, n'efu dijirị gị. Kpọọ **1-866-622-7982**, TTY 711.

## Yoruba

Tí ó bá ń s **Yorùbá (Yoruba)**, ìrànlọwọ̀ ìtum èdè, wà fún ní ọfẹ́. Pe **1-866-622-7982**, TTY 711.

# 17. Responsabilidades del miembro

---

## Sus responsabilidades

Como Miembro, usted también tiene algunas responsabilidades. Estas incluyen:

- Presentar su tarjeta de membresía de UnitedHealthcare Community Plan cada vez que requiere de cuidados médicos
- Proveer información completa y correcta de la forma mejor posible acerca de su salud y su historia médica
- Participar en el entendimiento de sus problemas de salud y en el desarrollo de metas de tratamiento en las que estemos de acuerdo mutuamente
- Participar en las sesiones con los miembros de su equipo de cuidados, desarrollando un entendimiento en su condición de salud y contribuyendo en el desarrollo de las metas de tratamiento formuladas de mutuo acuerdo y haciéndolo de la mejor que sea posible
- Mantener sus citas. Si usted tiene que cancelar, hágalo tan pronto como sea posible.
- Recibir todos sus servicios con cobertura dentro de la red de UnitedHealthcare Community Plan
- Obtener autorización de UnitedHealthcare Community Plan antes de recibir servicios que requieran de autorización previa (vea la sección 14)
- Llamar por teléfono gratuitamente a UnitedHealthcare Community Plan a los números anotados abajo cada vez que tenga preguntas acerca de su membresía o si necesita asistencia
- Comunicarle a UnitedHealthcare Community Plan cuando usted tenga planes para salir de la ciudad para así nosotros poder ayudarle a organizar sus servicios
- Usar las salas de emergencia exclusivamente para emergencias que sean reales
- Llamar a su PCP cuando necesite cuidados médicos, aún si es fuera de las horas de trabajo

¿Preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para 143 Miembros gratuitamente a **1-866-622-7982**, TTY **711**, 8 a.m. – 8 p.m., diario.

[Table of contents](#)

## 17. Responsabilidades del miembro

---

- Comunicarse con UnitedHealthcare Community Plan cuando usted piense que es necesario hacer un cambio en los planes de sus cuidados de salud
- Dejarnos saber si tiene problemas con cualquier persona de nuestro personal de los cuidados para la salud. Llame a Servicios para Miembros a uno de los números abajo anotados.
- Llame a Servicios para Miembros a uno de los números abajo anotados por cualquiera de las siguientes razones:
  - Si hay cualquier cambio en su nombre, dirección o número de teléfono. Reporte también por favor esos cambios a su trabajador del Departamento local de Servicios Sociales.
  - Si usted tiene cualquier otro cambio en la cobertura de otro seguro médico que pueda tener, como, por ejemplo, su empleador, el empleador de su esposo(a) o en el seguro de la compensación de los trabajadores
  - Si usted tiene cualquier reclamación de responsabilidades como por ejemplo por un accidente de automóvil
  - Si usted ha sido admitido a una institución de reposo con servicios de enfermería o ha sido hospitalizado
  - Si usted ha recibido cuidados de salud fuera del área de servicio o de un hospital o sala de emergencia que no se encuentren dentro de nuestra red
  - Si una persona que le da los cuidados o alguien más es responsable por usted
  - Si usted forma parte de un estudio de investigación clínica

### Directivas avanzadas

Usted tiene el derecho de decir que es lo que quiere que suceda con usted mismo si no puede tomar ya las decisiones para sus cuidados de salud. Puede algún día llegar el momento en que ya no pueda tomar por usted mismo las decisiones para su salud. Antes de que esto suceda, usted puede:

- Llenar una forma dando autorización a otra persona, es decir el derecho para tomar decisiones de salud en su nombre si usted no puede tomarlas
- Dé a los doctores instrucciones por escrito acerca de lo que usted quiere que se haga en cuestiones médicas acerca de sus cuidados en el caso de no poderlo hacer por usted mismo

A este documento legal que usted puede emplear para establecer sus deseos acerca de sus tratamientos se le llama directivas avanzadas. Una directiva avanzada entra en efecto solamente cuando usted ya no puede tomar decisiones acerca de su salud por usted mismo. Cualquier persona de 18 o más años puede completar una directiva avanzada. Hay varios tipos de directivas avanzadas y tienen diferentes nombres. Los ejemplos son: Testamento en vida, carta de poder legal y directivas avanzadas para las decisiones de los cuidados de salud.

Usted no tiene que usar una directiva avanzada, pero puede hacerlo si así lo quiere. Esto es lo que tiene que hacer:

#### En dónde puede usted obtener una forma para la directiva avanzada

Usted puede obtener una forma para directivas avanzadas de Virginia en:

<http://www.virginiaadvancedirectives.org/the-virginia-hospital—healthcares-association-vhha-form.html>.

Recursos adicionales:

- Caring Connections (NHPCO) al **1-800-658-8898** o en Internet: <http://www.caringinfo.org>
- Nuestro sitio web en [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan)

¿Preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para 145 Miembros gratuitamente a **1-866-622-7982**, TTY 711, 8 a.m. – 8 p.m., diario.

[Table of contents](#)

## 17. Responsabilidades del miembro

---

Usted también puede obtener una forma con su doctor, abogado o agencia de servicios legales o con su trabajador social. Las organizaciones que proveen información acerca de Medicaid pueden también tener formas para directivas avanzadas. Si usted tiene cualquier pregunta acerca de esta información, por favor contacte a Servicios para Miembros al **1-888-622-7982**, TTY **711**.

Comuníquese con Caring Connections (NHPCO) al **1-800-658-8898** o por Internet en: <http://www.caringinfo.org>.

### **Para completar la forma de directiva avanzada**

Llene la forma y firmela. Esta forma es un documento legal. Usted puede considerar solicitar la ayuda de un abogado para formular su directiva avanzada. Es posible que haya recursos legales disponibles para ayudarle.

### **Comparta esta información con personas que a usted le interesa que lo sepan**

Dé copias a las personas que usted considere que deben saber de ello. Usted debe dar una copia de su testamento en vida, directiva avanzada de cuidados o de una carta poder a su doctor. Usted debe dar una copia también a la persona que nombra para tomar decisiones por usted. También quiere dar copias a algunos amigos íntimos o miembros de su familia. Asegúrese de tener una copia guardada en su domicilio.

Si usted va a ser hospitalizado y ha firmado una directiva avanzada, lleve consigo una copia al hospital. En el hospital le preguntarán si tiene una copia de directiva avanzada y si la tiene con usted. Si no tiene una copia de la forma de directiva avanzada firmada, hay copias disponibles en el hospital y le preguntarán si quiere firmar una.

### **Nosotros podemos ayudarle a obtener o a comprender los documentos acerca de las directivas avanzadas**

Su Coordinador de Cuidados puede ayudarle a entender o a obtener estos documentos. Estos documentos no pueden cambiar sus derechos a la calidad de cuidados de sus beneficios de salud. El único propósito es decirles a otros que es lo que usted quiere que lleven a cabo o no con usted cuando ya no pueda hacerlo por sí mismo.

## 17. Responsabilidades del miembro

---

Recuerde, llenar una forma de directiva avanzada es una opción que usted puede o no tomar. Usted puede revocar o cambiar su directiva avanzada acerca de sus cuidados o su carta poder si sus deseos acerca de las decisiones de sus cuidados de salud cambian o cambia también a la persona que desea que lo represente.

### Otros recursos

Usted puede encontrar más información acerca de las directivas avanzadas en Virginia en: [www.virginiaadvancedirectives.org](http://www.virginiaadvancedirectives.org).

Usted puede guardar su directiva avanzada en el registro del Virginia Department of Health Advance Healthcare Directive Registry en: <https://connectvirginia.org/adr/>.

### Si no se siguen sus directivas avanzadas

Si usted ha firmado una directiva avanzada y piensa que el doctor o el hospital no siguen las instrucciones que usted ha establecido, usted puede presentar una queja con alguna de las siguientes organizaciones.

Para quejas acerca de doctores u otros proveedores de salud, contacte a la Division de Cumplimiento del Departamento de Profesiones de Salud de Virginia:

|                           |                                                                                                                                         |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Llame</b>              | Virginia Department of Health Professions:<br>Llamada gratuita: <b>1-800-533-1560</b><br>Teléfono local: <b>804-367-4691</b>            |
| <b>Escriba</b>            | Virginia Department of Health Professions<br>Division del Cumplimiento<br>9960 Mayland Drive, Suite 300<br>Henrico, Virginia 23233-1463 |
| <b>Fax</b>                | <b>804-527-4424</b>                                                                                                                     |
| <b>Correo electrónico</b> | <a href="mailto:enfcomplaints@dhp.virginia.gov">enfcomplaints@dhp.virginia.gov</a>                                                      |
| <b>Internet</b>           | <a href="http://www.dhp.virginia.gov/Enforcement/complaints.htm">http://www.dhp.virginia.gov/Enforcement/complaints.htm</a>             |

¿Preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para 147 Miembros gratuitamente a **1-866-622-7982**, TTY **711**, 8 a.m. – 8 p.m., diario.

[Table of contents](#)

## 17. Responsabilidades del miembro

---

Para quejas acerca de las instituciones de reposo con servicios de enfermería, pacientes hospitalizados y ambulantes, Instalaciones de servicios para el aborto, organizaciones de cuidados de salud en el hogar, programas de hospicio, instalaciones para servicios de diálisis, laboratorios clínicos y planes de salud (también conocidas como organizaciones para la administración de los cuidados), contacte a la Oficina de Licenciaturas y Certificaciones en el Departamento de Salud de Virginia:

|                           |                                                                                                                                         |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Llame</b>              | Llamada gratuita: <b>1-800-955-1819</b><br>Teléfono local: <b>804-367-2106</b>                                                          |
| <b>Escriba</b>            | Virginia Department of Health<br>Office of Licensure and Certification<br>9960 Mayland Drive, Suite 401<br>Henrico, Virginia 23233-1463 |
| <b>Fax</b>                | <b>804-527-4503</b>                                                                                                                     |
| <b>Correo electrónico</b> | <a href="mailto:OLC-Complaints@vdh.virginia.gov">OLC-Complaints@vdh.virginia.gov</a>                                                    |
| <b>Internet</b>           | <a href="http://www.vdh.virginia.gov/licensure-and-certification/">http://www.vdh.virginia.gov/licensure-and-certification/</a>         |

# 18. Fraude, desperdicio y abuso

---

## Qué son el fraude, el desperdicio y el abuso

El fraude es un engaño intencional o una decepción o una distorsión hecha por una persona con el conocimiento que esa distorsión puede resultar en alguna forma de beneficio no autorizado para esa persona o para otra. Incluye cualquier acto que constituya un fraude dentro de las leyes aplicables federales y estatales.

El desperdicio incluye la sobre-utilización o el mal uso de recursos. El desperdicio típicamente no es un acto intencional, pero da como resultado gastos que no debería de haber ocurrido. Como resultado de esto, el desperdicio debe reportarse para poder identificar los pagos incorrectos y así corregirlos.

El abuso incluye prácticas que son inconsistentes con prácticas correctas fiscales, de negocios o médicas, dando como resultado costos innecesarios al programa de Medicaid, como pagos por servicios que no son médicamente necesarios o fallas profesionales en el reconocimiento de los estándares de los cuidados para la salud.

Tipos comunes de fraudes en los cuidados de salud, en el desperdicio y en los abusos incluyen:

- Robo de identidad médica
- Facturación por servicios o productos innecesarios
- Facturación por servicios o productos que no se han provisto
- Facturación empleando un código para un servicio o procedimiento más costoso que el servicio o procedimiento que fue rendido (conocido como “up-coding” o aumento de reembolso)
- Facturando por servicios por separado que generalmente se agrupan dentro de un solo costo (“unbundling”: facturación por componentes separados)
- Artículos o servicios que no se cubren
- Cuando un doctor recibe alguna forma de compensación como pago por referir pacientes a otro doctor. A este tipo de compensación se le llama “kickbacks.”

**¿Preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para 149 Miembros gratuitamente a **1-866-622-7982**, TTY **711**, 8 a.m. – 8 p.m., diario.

[Table of contents](#)

## 18. Fraude, desperdicio y abuso

---

### ¿Cómo puedo reportar el fraude, el desperdicio o el abuso?

Si usted sospecha que alguien está cometiendo un fraude y/o un abuso, incluyendo a los proveedores, llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-866-622-7982**, TTY **711**. Usted puede permanecer anónimo. Si usted da su nombre, el proveedor no será informado que fue usted el que llamó. Si usted prefiere reportar sus preocupaciones acerca del fraude, el desperdicio o el abuso directamente al Estado, puede hacerlo a los contactos abajo anotados:

#### **Department of Medical Assistance Services Fraud Hotline (Departamento de Servicios de Asistencia Médica – Línea Directa)**

Teléfono: **1-800-371-0824** o  
**1-866-486-1971** o  
**804-786-1066**

#### **Virginia Medicaid Fraud Control Unit (Office of the Attorney General) – Unidad para el control del fraude de Medicaid Virginia (Oficina del Procurador de Justicia)**

Correo electrónico: [MFCU\\_mail@oag.state.va.us](mailto:MFCU_mail@oag.state.va.us)

Fax: **804-786-3509**

Correo: Office of the Attorney General  
Medicaid Fraud Control Unit  
202 North Ninth Street  
Richmond, VA 23219

#### **Virginia Office of the State Inspector General Fraud, Waste, and Abuse Hotline – Oficina del Inspector General del Estado para el fraude, desperdicio y abuso. Línea de asistencia**

Teléfono: **1-800-723-1615**

Fax: **804-371-0165**

Correo electrónico: [covhotline@osig.virginia.gov](mailto:covhotline@osig.virginia.gov)

Correo: State FWA Hotline  
101 N. 14th Street  
The James Monroe Building 7th Floor  
Richmond, VA 23219

150 **¿Preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros gratuitamente a **1-866-622-7982**, TTY **711**, 8 a.m. – 8 p.m., diario.

[Table of contents](#)

# 19. Otros recursos importantes

---

## **Departamento para personas sordas y para personas con problemas de audición del Estado de Virginia (VDDHH)**

EL programa de asistencia tecnológica (TAP) provee equipo de telecomunicaciones a los solicitantes calificados cuyas discapacidades previenen el uso de un teléfono estándar. Los especialistas VDDHH, especialistas de extensión comunitaria también pueden proveer información y asistencia para referencias a los aparatos para la asistencia tecnológica.

**804-662-9502** (Voz/TTY)

**1-800-552-7917** (Voz/TTY)

**804-662-9718** (Fax)

1602 Rolling Hills Drive, Suite 203  
Richmond, VA 23229-5012

<http://www.vddhh.org>

# 20. Información para los miembros con Extensión de Medicaid

---

## Qué lo hace elegible para ser un miembro con Extensión de Medicaid

Usted es elegible para la Extensión de Medicaid si tiene entre 19 y 64 años de edad y cumple todas las siguientes categorías:

- No es elegible para la cobertura de Medicare,
- Aún no es elegible para la cobertura de Medicaid a través de un grupo de cobertura obligatorio (está embarazada o discapacitado, por ejemplo),
- Sus ingresos no superan el 138% del límite federal de pobreza (FPL), y
- Usted indicó en su solicitud que tiene necesidades médicas complejas.

La elegibilidad para Medicaid está determinada por el Departamento de servicios sociales (DSS) local o la Unidad de procesamiento central de Cover Virginia. Si tiene cualquier pregunta sobre elegibilidad de Medicaid, comuníquese con su trabajador local de elegibilidad de DSS o llame a Cover Virginia al **833-5CALLVA** o TDD: **1-888-221-1590**. La llamada es gratuita. Para obtener más información, puede visitar Cover Virginia en <http://www.coverva.org>.

## Inscripción para un miembro con Extensión de Medicaid

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

## 20. Información para los miembros con Extensión de Medicaid

---

Si usted no llena los criterios médicamente complejos, puede pasar de CCC Plus al programa Medicaid Managed Care Medallion 4.0. Si UnitedHealthcare Community Plan no puede comunicarse con usted, o usted se niega a participar en la evaluación de salud completa, puede ser transferido al programa Medallion. Permanecerá en UnitedHealthcare Community Plan sin importar en qué programa se encuentre. Si prefiere cambiar de plan de salud, puede hacerlo dentro de los primeros 90 días después de inscribirse en el programa Medallion 4.0. Para obtener más información sobre el examen de salud, consulte la sección 4.

Si se reporta que usted no llena los criterios médicamente complejos y no está de acuerdo, tiene el derecho de presentar una reclamación ante UnitedHealthcare Community Plan. Para conocer más detalles, consulte la sección de **Su derecho a presentar una reclamación**.

Usted puede cambiar su plan de salud por cualquier motivo durante los primeros 90 días de su inscripción en el programa CCC Plus. También puede cambiar su plan de salud una vez al año por cualquier motivo durante el período de inscripción abierta. La inscripción abierta ocurre cada año entre noviembre y el 31 de diciembre con una fecha de inicio de cobertura del 1º de enero. Usted recibirá una carta del DMAS durante la inscripción abierta con más información.

Usted también puede solicitar un cambio de plan de salud en cualquier momento por una “buena causa”, que puede incluir:

- Se muda fuera del área de servicio del plan de salud,
- Necesita múltiples servicios al mismo tiempo, pero no puede obtenerlos dentro de la red del plan de salud,
- Su residencia o empleo se interrumpiría como resultado de que su proveedor de asistencia residencial, institucional o laboral cambie de un proveedor dentro de la red a un proveedor por fuera de la red,
- Otras razones determinadas por el DMAS, incluyendo la mala calidad de los cuidados y la falta de acceso a los proveedores, servicios y apoyos adecuados, incluyendo los cuidados especializados, y
- Usted no llena los criterios médicamente complejos y se transfiere al programa Medallion 4.0 Medicaid Managed Care.

## 20. Información para los miembros con Extensión de Medicaid

---

La línea de ayuda de CCC Plus maneja las solicitudes de “buena causa” y puede responder a cualquier pregunta que usted pueda tener. Comuníquese con la línea de ayuda de CCC Plus al 1-844-374-9159 o TDD 1-800-817-6608, o visite el sitio en internet [cccplusva.com](http://cccplusva.com).

## Servicios y beneficios de Extensión de Medicaid

Como miembro de la Extensión de Medicaid, usted tiene una variedad de beneficios y servicios de cuidados médicos disponibles. Usted recibirá la mayoría de sus servicios a través de UnitedHealthcare Community Plan, pero puede recibir algunos a través de DMAS o de un contratista de DMAS.

Los servicios proporcionados a través de UnitedHealthcare Community Plan se describen en la sección 10 del Manual para Miembros del Programa Commonwealth Coordinated Care Plus.

Los servicios cubiertos por el DMAS o por un contratista del DMAS se describen en la sección 11 del Manual para Miembros del Programa Commonwealth Coordinated Care Plus.

Los servicios que no están cubiertos a través de UnitedHealthcare Community Plan o DMAS se describen en la sección 12 del Manual para Miembros del Programa Commonwealth Coordinated Care Plus.

Si usted es un miembro elegible de la Extensión de Medicaid, además de los servicios mencionados anteriormente (en la misma cantidad, duración y alcance de servicios que otros miembros del Programa CCC Plus), también recibirá los siguientes cuatro beneficios de salud adicionales:

- Exámenes anuales del bienestar para adultos
- Asesoramiento nutricional si le diagnostican obesidad o enfermedades médicas crónicas
- Vacunas o inmunizaciones recomendadas para adultos

## 20. Información para los miembros con Extensión de Medicaid

---

UnitedHealthcare Community Plan también lo alentará a tomar un papel activo en su salud. Esto puede significar el participar en programas de manejo de enfermedades, vacunarse contra la gripe, dejar de fumar o de usar productos de tabaco/nicotina, o la obtención de servicios que normalmente no están cubiertos por las prácticas médicas tradicionales, como membresías en gimnasios o servicios para la vista.

Si usted visita frecuentemente las salas de emergencias, UnitedHealthcare Community Plan se comunicará con usted para ayudarle a satisfacer sus necesidades. Puede haber oportunidades para atender sus necesidades sin emplear las salas de emergencias, como en los consultorios médicos y clínicas.

UnitedHealthcare Community Plan también puede discutir con usted varias oportunidades para aprovechar la capacitación laboral, la educación y la asistencia para la colocación laboral para ayudarlo a encontrar la situación laboral adecuada para usted.

## 21. Importantes términos y definiciones empleadas en este manual

---

**Determinación de un beneficio adverso:** Cualquier decisión que niega la solicitud de una autorización para un servicio o su aprobación por una cantidad menor a la solicitada.

**Apelación:** Una forma por la cual usted puede objetar la determinación adversa de un beneficio (tal como una negación o reducción de los beneficios) que hace UnitedHealthcare Community Plan en el caso en que usted piense que esa decisión es incorrecta. Usted puede solicitar que cambiemos una decisión acerca de las coberturas presentando una apelación.

**Actividades de la vida diaria:** Son las cosas que una persona hace en un día normal, como el comer, usar el baño, vestirse, bañarse o lavarse los dientes.

**Balance de facturación:** Es la situación cuando un proveedor (como un doctor o un hospital) factura a una persona por servicios por una cantidad mayor a la que es la del costo-compartido de UnitedHealthcare Community Plan. Nosotros no les permitimos a los proveedores hacer “un balance de factura” para usted. Llame a Servicios para Miembros si recibe una factura que no la entiende.

**Medicamento de nombre:** Un medicamento de receta que es manufacturado y vendido por la compañía que originalmente produjo ese medicamento. Los medicamentos de nombre tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los mismos medicamentos. Los medicamentos genéricos son manufacturados y vendidos por otras compañías de medicamentos.

## 21. Importantes palabras y definiciones empleadas en este manual

---

**Coordinador de Cuidados:** Es una de las personas principales de UnitedHealthcare Community Plan quien trabaja con usted y con sus proveedores de cuidados para asegurar que usted obtiene los cuidados que necesita.

**Coordinación de los cuidados:** Es un proceso individualizado que le da asistencia para obtener los servicios que necesita. El Coordinador de Cuidados trabajará con usted, con los miembros de su familia y, si es apropiado, con sus proveedores y con cualquier otra persona que esté relacionada con sus cuidados y, así, poder ayudarle a obtener el apoyo y los servicios que usted necesita.

**Plan de cuidados:** Un plan con el cual usted obtendrá salud y apoyo y el conocimiento de cómo adquirirlos.

**Equipo de salud:** Un equipo de salud puede incluir doctores, asesores, enfermeras y otros profesionales de la salud quienes están ahí para ayudarle a obtener los cuidados que usted necesita. Su equipo de cuidados también le ayuda a formular su plan de cuidados.

**Línea de ayuda de CCC Plus:** Es un Corredor de Inscripciones que DMAS contrata para que lleve a cabo las actividades de asesoramiento e inscripción.

**Centros para los servicios de Medicaid y Medicare (CMS):** Es la agencia federal a cargo de los programas de Medicare y Medicaid.

**Coseguro:** Vea la definición para costos compartidos.

**Copago:** Vea la definición de costos compartidos.

**Costos compartidos:** Son los costos que los Miembros pueden tener que pagar por su cuenta por servicios cubiertos. Este término generalmente incluye deducibles, coseguro y copagos u otros cargos similares. También vea la definición de pagos por el paciente.

**Decisión de cobertura:** Una decisión acerca de los servicios que nosotros cubrimos. Esto incluye decisiones acerca de medicamentos y servicios o acerca de la cantidad que nosotros pagaremos por sus servicios de salud.

## 21. Importantes palabras y definiciones empleadas en este manual

---

**Medicamentos cubiertos:** Es el término que usamos para denominar a todos los medicamentos de receta que se encuentran cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan.

**Servicios cubiertos:** Es el termino en general que usamos para significar todos los cuidados de salud, servicios y apoyos a largo plazo, suministros, medicamentos de receta y medicamentos de venta libre, equipo y otros servicios cubiertos por el UnitedHealthcare Community Plan.

**Equipo médico durable:** Son ciertos artículos para usarse en su hogar que su doctor ordena para usted. Por ejemplo, caminadores, sillas de ruedas o camas de hospital.

**Condición médica de emergencia:** Una emergencia significa que su vida está en peligro o que usted puede quedar permanentemente lesionado (discapacitado) si usted no obtiene cuidados de salud rápidamente. Si usted está embarazada, puede significar daños a la salud de usted y del bebé que aún no nace.

**Transporte médico de emergencia:** Cuando su condición es tal que usted no puede ir al hospital empleando cualquier otro medio excepto llamando al **911** para solicitar una ambulancia.

**Cuidados en una sala de emergencia:** Un área de hospital con personal y equipo dedicado al tratamiento de personas que requieren servicios y/o cuidados inmediatos.

**Servicios de emergencia:** Son los servicios que se proveen en una sala de emergencia por un proveedor entrenado para dar tratamientos médicos y del comportamiento en emergencias.

**Servicios excluidos:** Son servicios que no están cubiertos como beneficios de Medicaid.

**Audiencias Imparciales:** Vea Audiencias Imparciales del Estado. Es el proceso por el cuál usted apela al Estado una decisión que nosotros hemos tomado y la cuál usted piensa que es incorrecta.

## 21. Importantes palabras y definiciones empleadas en este manual

---

**Pago-por-servicio:** Es el término general empleado para describir los servicios de Medicaid cubiertos por el Departamento de los Servicios Médicos de Asistencia (DMAS – Department of Medical Assistance Services).

**Medicamentos genéricos:** Es un medicamento de receta aprobado por el gobierno federal para utilizarse en lugar de medicamentos de nombre. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de nombre. Usualmente tiene un menor precio y trabaja tan bien como lo hace un medicamento de nombre.

**Reclamación:** Es una queja que usted presenta acerca de nosotros o de un proveedor o farmacia de nuestra red. Esto incluye una queja que usted tenga acerca de la calidad de sus cuidados.

**Servicios de habilitación y aparatos:** Son servicios y aparatos por medio de los cuales usted puede mantener, aprender o mejorar habilidades y funcionalidades para la vida diaria.

**Seguro de salud:** Un tipo de cobertura de seguro que paga por los gastos de salud, médicos y quirúrgicos en que usted ha incurrido.

**Plan de salud:** Una organización formada por doctores, hospitales, farmacias, proveedores de cuidados a largo plazo y otros proveedores. También tiene Coordinadores de Cuidados para ayudarle a la administración de todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan juntos para proveerle con los cuidados que usted necesita.

**Evaluación de Riesgos de Salud:** Es una revisión de la historia médica del paciente y de su condición actual. Se emplea para conocer cuál es el estado de salud del paciente y en cómo puede cambiarse en el futuro.

**Asistente para los cuidados de salud en el hogar:** Es una persona que provee servicios que no necesita de las habilidades de un(a) terapeuta o un(a) enfermera(o) certificada(o), tales como los cuidados personales (como bañarse, usar el excusado, vestirse o llevar a cabo los ejercicios prescritos). Los asistentes para la salud no tienen que ser licenciados como enfermeras o proveedores de terapia.

## 21. Importantes palabras y definiciones empleadas en este manual

---

**Cuidados de salud en el hogar:** Son los servicios de cuidados para la salud que una persona recibe en su hogar incluyendo servicios de enfermería, servicios de salud por un asistente y otros tipos de servicios.

**Servicios de Hospicio:** Es un programa de cuidados y de apoyo a las personas que tienen una prognosis terminal a vivir confortablemente. Una prognosis terminal significa que la persona tiene una enfermedad terminal y se espera a que viva seis meses o menos. Un suscriptor que tiene una prognosis terminal tiene el derecho de escoger hospicio. Un equipo especializado de profesionales y asistentes de cuidados proveen los cuidados a esa persona por completo, incluyendo las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.

**Hospitalización:** Es el acto de admitir a un hospital a la persona como paciente internado.

**Cuidados de hospital para pacientes ambulantes:** Es cuando los cuidados o tratamientos no requieren una estadía por la noche en el hospital.

**Lista de medicamentos con cobertura (Lista de medicamentos):** Una lista de medicamentos de receta cubiertas por UnitedHealthcare Community Plan. UnitedHealthcare Community Plan escoge los medicamentos en esta lista con la ayuda de doctores y farmacéuticos. La lista de medicamentos le indica si hay regulaciones que seguir para obtener los medicamentos. A esta lista se le conoce también como “formulario.”

**Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS):** Son una variedad de servicios y apoyos para la ayuda de personas de edad avanzada y de individuos con discapacidades para llenar sus necesidades del diario para tratar de que mantengan una máxima independencia. Los ejemplos incluyen asistencia para bañarse, vestirse, uso del excusado, comer y otras actividades básicas de los auto-cuidados de la vida diaria, así como el apoyo para las tareas del diario como son el lavar la ropa, asistir en las compras y el transporte. LTSS son provistos a través de un largo período de tiempo, usualmente en los hogares y comunidades, pero también en instituciones, como, por ejemplo, casa de retiro con servicios de enfermería. La mayoría de estos servicios le ayudan a permanecer en su propio hogar y así evitar que usted tenga que ir a una institución de reposo con servicios de enfermería.

## 21. Importantes palabras y definiciones empleadas en este manual

---

**Medicamento necesario:** Esto describe la necesidad de servicios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su condición médica o el mantenimiento de su estado actual de salud. Esto incluye los cuidados para evitar que sea internado en un hospital o en una institución de reposo con servicios de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos llenen los requerimientos aceptables por las prácticas médicas o necesarios dentro de las regulaciones con cobertura de Virginia Medicaid.

**Medicaid (o asistencia médica):** Un programa aplicado por los gobiernos federal y estatal que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados para pagar servicios y apoyos por largo plazo y costos médicos. Cubre servicios extras y medicamentos que no están cubiertos por Medicare. La mayoría de los costos de los cuidados están cubiertos por ambos Medicare y Medicaid.

**Medicare:** Es un programa federal de seguro médico para personas mayores de 65 años de edad con ciertas discapacidades y para personas en las etapas finales de enfermedades renales (generalmente aquellas personas con falla renal permanente que tienen necesidad de diálisis y/o trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener cobertura de salud de Medicare a través del Medicare original o a través de un plan de administración de los cuidados (ver “Plan de Salud”).

**Servicios cubiertos por Medicare:** Los servicios cubiertos por medicare Parte A y Parte B. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios que se encuentran cubiertos por Medicare Parte A y Parte B.

**Suscriptor de Medicare-Medicaid:** Es una persona que califica para la cobertura de Medicare y Medicaid. A un suscriptor de Medicare-Medicaid también se le llama “beneficiario doblemente elegido”.

**Medicare Parte A:** Es el programa Medicare que cubre la mayoría de las necesidades médicas en un hospital, en una institución de enfermería especializada, en la salud en su hogar y los cuidados de hospicio.

## 21. Importantes palabras y definiciones empleadas en este manual

---

**Medicare Parte B:** El programa de Medicare que cubre los servicios (como pruebas de laboratorio, cirugías y consultas con doctores) y los suministros (como sillas de ruedas y caminadoras) que son médicamente necesarios para el tratamiento de una enfermedad o condición. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios de pruebas y servicios preventivos.

**Medicare Parte C:** Es el programa de Medicare que les permite a las compañías de seguros médicos privadas proveer beneficios de Medicare a través de un Medicare Advantage Plan.

**Medicare Parte D:** Es un programa de beneficio para los medicamentos. (Nosotros le llamamos “Parte D” abreviadamente.) La Parte D cubre los medicamentos de receta, las vacunaciones y algunos de los suministros que no están cubiertos por Medicare Parte A y Parte B o por Medicaid.

**Servicios para Miembros:** Es un departamento dentro de UnitedHealthcare Community Plan responsable para darle respuestas a acerca de sus preguntas relativas a su membresía, beneficios, reclamaciones y apelaciones.

**Modelo de cuidados:** Es una manera de proveer cuidados de salud de alta calidad. El modelo CCC Plus de cuidados incluye la coordinación de los cuidados y un equipo de proveedores trabajando junto con usted para mejorar su salud y su calidad de vida.

**Red:** La palabra “proveedor” es un término general que se usa para los doctores, las enfermeras y otras personas que le ofrecen sus servicios y cuidados. El término incluye también hospitales, agencias de cuidados de salud en el hogar, clínicas y otros lugares que brindan los servicios de cuidados para la salud, equipo médico y servicios y apoyos a largo plazo. Ellos están licenciados o certificados por Medicaid y por el Estado para proveer servicios para los cuidados de la salud. Nosotros les llamamos “proveedores de la red” cuando están de acuerdo en trabajar con UnitedHealthcare Community Plan y aceptar nuestros pagos por los servicios y no cobrarles a los Miembros una cantidad extra. Mientras usted continúe siendo un Miembro de UnitedHealthcare Community Plan, debe emplear a los proveedores dentro de nuestra red para obtener los servicios con cobertura. Nuestros proveedores dentro de nuestra red son llamados “proveedores del plan.”

## 21. Importantes palabras y definiciones empleadas en este manual

---

**Farmacia dentro de la red:** Es una farmacia (o droguería) que está de acuerdo en surtir los medicamentos de receta a los Miembros de UnitedHealthcare Community Plan. Nosotros le llamamos “farmacias de la red” porque están de acuerdo con trabajar con UnitedHealthcare Community Plan. En la mayoría de los casos, sus recetas son cubiertas solamente cuando se surten en una de nuestras farmacias de la red.

**Proveedor no participante:** Es un proveedor o una institución que no es empleada, que no pertenece o no es operada por UnitedHealthcare Community Plan y que no está bajo contrato para proveer servicios con cobertura a los Miembros de UnitedHealthcare Community Plan.

**Una institución de reposo con servicios de enfermería:** Es una institución para los cuidados médicos que provee cuidados de salud a personas que no puede obtener esos cuidados en su hogar, pero que no necesitan estar en un hospital. Para poder vivir en una institución de reposo con servicios de enfermería, usted debe llenar criterios específicos.

**Defensor (ombudsman):** Una oficina en su Estado que le ayuda cuando tiene problemas con UnitedHealthcare Community Plan o con sus servicios. Los servicios de defensor son gratuitos.

**Proveedor o institución por-fuera-de-la-red:** Es un proveedor o una institución que no es empleada, que no pertenece o que no es operada por UnitedHealthcare Community Plan y no se encuentra bajo contrato para proveer servicios a los Miembros de UnitedHealthcare Community Plan.

**Proveedor participante:** Son los proveedores, hospitales, agencias de salud en el hogar, clínicas y otros lugares que proveen sus servicios para los cuidados de la salud, equipo médico y servicios y apoyos a largo plazo y que se encuentra bajo contrato con UnitedHealthcare Community Plan. Los proveedores participantes son también llamados “proveedores dentro de la red” o “proveedores del plan.”

## 21. Importantes palabras y definiciones empleadas en este manual

---

**Pagos de paciente:** Es la cantidad que usted puede tener que pagar por los servicios a largo plazo que se basa en sus ingresos. El Departamento de Servicios Sociales (DSS) debe calcular la cantidad que como paciente usted debe pagar si vive en una institución de reposo con servicios de enfermería o recibe servicios de exención de CCC Plus y tiene la obligación de pagar por una porción de sus cuidados. DSS le notificará a usted y a UnitedHealthcare Community Plan si tiene un pago de paciente, incluyendo la cantidad que debe pagar como pago de paciente (si es que hay alguna).

**Servicios de doctor:** Son los cuidados que usted recibe de parte de un individuo licenciado por el Estado dentro de la ley para practicar medicina, cirugía o salud conductual.

**Plan:** Es una organización compuesta de doctores, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También tiene Coordinadores de Cuidados que le ayudan con la administración de todos sus proveedores y servicios. Ellos trabajan en conjunto para darle a usted los cuidados que necesita.

**Cobertura de medicamentos con receta:** Son medicamentos de receta o medicamentos cubiertos (pagados) por su UnitedHealthcare Community Plan. Algunos medicamentos de venta libre se encuentran cubiertos.

**Medicamentos de receta:** Es un medicamento o droga que, por ley, puede obtenerse solamente con una receta de un doctor.

**Doctor de atención primaria (PCP):** Su doctor de atención primaria (referido también como su proveedor de atención primaria) es el doctor(a) que le imparte todas la necesidades de los cuidados para su salud. Ellos son responsables para proveer, hacer arreglos y coordinar todos los aspectos de sus cuidados para la salud. A menudo, ellos son la primera persona a la cuál usted debe contactar si necesita cuidados de salud. Su PCP es típicamente un doctor de familia, internista o pediatra. Teniendo a un PCP ayuda a estar seguro que sus cuidados de salud son correctos y se encuentran disponibles cuando usted los necesita.

## 21. Importantes palabras y definiciones empleadas en este manual

---

**Prótesis y ortóticos:** Estos son aparatos médicos ordenados por su doctor u otros proveedores de los cuidados de salud. Los artículos con cobertura incluyen, pero no están limitados a, soportes para brazo, espalda y cuello; miembros artificiales; ojos artificiales; y aparatos necesarios para reemplazar una parte interna del cuerpo o función.

**Proveedor:** Es una persona que está autorizada para proveer a usted sus cuidados o servicios de salud. Muchas clases diferentes de proveedores de salud trabajan con UnitedHealthcare Community Plan, incluyendo doctores, enfermeras, proveedores para la salud conductual y especialistas.

**Premio:** Es un pago mensual que el plan de salud recibe por brindarle la cobertura de sus cuidados de salud.

**Servicios de enfermería de turnos privados:** Son servicios de enfermería especializada en el hogar provistos por una enfermera registrada (RN) o por una LPN bajo la supervisión de una RN a Miembros con exención que tienen serias condiciones médicas o complejas necesidades de cuidados para la salud.

**Referencias:** En la mayoría de los casos, su PCP debe darle su aprobación antes que usted use los servicios con otros proveedores dentro de la red de UnitedHealthcare Community Plan. A esto se le conoce como una referencia.

**Servicios y aparatos para la rehabilitación:** Son los tratamientos que usted obtiene para ayudarlo a recuperarse de una enfermedad, accidente, lesión o de una operación mayor.

**Áreas de servicio:** Es un área geográfica donde se le permite a UnitedHealthcare Community Plan operar. Es también, generalmente, el sitio donde usted obtiene sus servicios de rutina (que no sean emergencias).

**Autorizaciones para servicios:** También llamadas pre-autorizaciones. Es necesario obtener aprobación antes de que usted reciba ciertos servicios o medicamentos. Algunos servicios médicos en la red se cubren solamente si su doctor u otro proveedor de la red obtienen una autorización de parte de UnitedHealthcare Community Plan.

## 21. Importantes palabras y definiciones empleadas en este manual

---

**Cuidados de enfermería especializada:** Son los cuidados o tratamientos que pueden solamente ser impartidos por enfermeras licenciadas. Los ejemplos de enfermería especializada incluyen apósitos o vendajes para heridas complejas, rehabilitación, sondas alimenticias o actividades en rápidos cambios en el estado de la salud.

**Institución para servicios de enfermería especializada (SNF):** Es una institución de enfermería con el personal y equipo necesario para brindar cuidados especializados de enfermería y en la mayoría de los casos, servicios especializados de rehabilitación y otros servicios relacionados a la salud.

**Especialista:** Es un doctor que provee los cuidados para la salud en casos de una enfermedad, discapacidad o partes específicas del cuerpo.

**Cuidados que se necesitan urgentemente (cuidados de urgencia):** Son cuidados que usted obtiene para condiciones que no amenazan la vida como una súbita enfermedad, una lesión o una condición que no es una emergencia pero que necesitan atención inmediata. Usted puede obtener cuidados necesarios urgentes de proveedores por fuera de la red cuando los proveedores dentro de la red no están disponibles en la red o usted no puede obtenerlos en ese momento.



# Estamos aquí para usted

---

Recuerde, siempre estaremos listos para responder a cualquier pregunta que tenga. Solo necesita llamar a Servicios para Miembros al **1-866-622-7982**, TTY **711**, de las 8:00 a.m. a las 8:00 p.m. diario. Usted también puede visitarnos en internet en la dirección: [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan).

UnitedHealthcare Community Plan  
9020 Stony Point Parkway, Suite 400  
Richmond, VA 23235

**United  
Healthcare  
Community Plan**

¿Preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros gratuitamente a **1-866-622-7982**, TTY **711**, 8 a.m. – 8 p.m., diario.

[Table of contents](#)

