



Nebraska



Le damos la bienvenida a la comunidad

Manual para Miembros de Heritage Health

Números de teléfono importantes

UnitedHealthcare Community Plan

Servicios para Miembros Número gratuito **1-800-641-1902**, TTY **711**

Disponible de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del Centro, o de 6:00 a.m. a 6:00 p.m., hora de la Montaña
, de lunes a viernes, excepto los feriados estatales.

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

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

NurseLine **1-877-543-4293**, TTY **711**

Emergencias

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

Números de teléfonos estatales

AccessNebraska Número gratuito **1-855-632-7633**

Local en Lincoln **1-402-473-7000**

Local en Omaha **1-402-595-1178**

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

Fax **1-402-742-2351**

Centro de Inscripción de Heritage Health Número gratuito **1-888-255-2605**

TTY **711**

Sitio web neheritagehealth.com

Nuestro sitio web ofrece acceso a los detalles del plan las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Visite myuhc.com/CommunityPlan para inscribirse y tener acceso web a su cuenta. Este sitio web seguro contiene toda su información de salud en un solo lugar.

Sus profesionales de la salud

Nombre: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____

Teléfono: _____

Dentista: _____

Teléfono: _____

Sala de emergencias: _____

Teléfono: _____

Farmacia: _____

Teléfono: _____

Gracias por elegir UnitedHealthcare Community Plan para su plan de salud.

Nos complace tenerle como miembro. Se ha unido a millones de miembros que tienen una cobertura de salud con UnitedHealthcare Community Plan. Usted ha realizado la elección correcta para usted y su familia. A estas alturas, su nueva tarjeta de identificación de miembro de UnitedHealthcare Community Plan (tarjeta de identificación) debería haber llegado por correo. Si usted no la recibió o no es correcta, llámenos de inmediato al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

Su Manual para Miembros le informa sobre los servicios médicos, dentales, de la vista, de farmacia y de salud conductual de nuestro plan médico que puede obtener y cómo obtenerlos. También le indicará qué hacer si tiene una emergencia u otro tipo de problema médico. Tómese el tiempo necesario para revisar los detalles del beneficio y conserve su Manual para Miembros en un lugar conveniente para consultarlo en el futuro.

Después de familiarizarse con sus beneficios, es posible que aún necesite asistencia. Llámenos al **1-800-641-1902**, TTY **711**, si:

- Necesita ayuda para encontrar un médico, dentista u hospital en nuestra red.
- Cambia de dirección, número de teléfono, dirección de correo electrónico o si queda embarazada.
- Necesita una nueva tarjeta de identificación de miembro O si encontró algún error en su tarjeta de identificación de miembro.
- Tiene preguntas acerca de los beneficios o servicios.
- Necesita hablar con su coordinador clínico.
- O si tiene otras preguntas.

Heritage Health Adult Expansion es un programa de atención de la salud a través de la División de Medicaid y Atención a Largo Plazo (MLTC) de Nebraska. Heritage Health Adult Expansion abarca a las personas con las siguientes características:

- Tienen entre 19 y 64 años.
- Actualmente no son elegibles para Medicaid.
- No están inscritas en Medicare ni califican para ello.
- No están embarazadas al momento de solicitar Heritage Health Adult Expansion.
- Los ingresos son iguales o inferiores al 138% del nivel de pobreza federal

Recuerde que las respuestas a cualquier pregunta que tenga están a solo un clic de distancia en myuhc.com/CommunityPlan. O bien, puede comunicarse con Servicios para Miembros llamando al **1-800-641-1902**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del Centro (de 6:00 a.m. a 6:00 p.m., hora de la Montaña).



Índice

Servicios de interpretación y asistencia con el idioma	<u>7</u>
Aspectos destacados del plan de salud	<u>10</u>
¿Qué es Heritage Health?	<u>10</u>
Información para Heritage Health	<u>10</u>
Evaluación, diagnóstico y tratamiento periódicos y tempranos (EPSDT)	<u>11</u>
Otro seguro	<u>11</u>
Para empezar	<u>12</u>
Tarjeta de identificación de miembro de Medicaid	<u>14</u>
Encuentre su plan en línea	<u>15</u>
Beneficios en pocas palabras	<u>16</u>
Apoyo a los miembros	<u>19</u>
Farmacia	<u>23</u>
Beneficios de farmacia	<u>23</u>
Medicamentos con receta	<u>25</u>
Medicamentos de venta libre (OTC)	<u>26</u>
Servicios restringidos de farmacia	<u>27</u>
Examen y evaluación de riesgos de salud	<u>28</u>
¿Qué son un examen de riesgos de salud y una evaluación de riesgos de salud?	<u>28</u>
Medicamento complejo	<u>28</u>
Salud dental	<u>30</u>
Cómo obtener atención médica y dental	<u>32</u>
Su médico de cabecera (PCP) y su dentista de atención primaria (PCD)	<u>32</u>
Consultorio dental (PCD)	<u>33</u>
Controles anuales	<u>34</u>
Guías para mantener su salud	<u>35</u>
Exámenes de salud recomendados	<u>36</u>
Cómo programar una cita con su médico de cabecera	<u>39</u>

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

Cómo prepararse para la cita con el médico de cabecera	39
Cómo elegir su proveedor de salud mental y tratamiento por consumo de sustancias	40
Cómo programar una cita con su proveedor de tratamiento de la salud mental y por consumo de sustancias	40
Servicios de NurseLine: su recurso de información de salud las 24 horas	40
Cobertura de salud telemental	42
Si necesita atención y el consultorio de su proveedor está cerrado	43
Referidos y especialistas	43
¿Qué sucede si necesito ver a un proveedor que no sea mi médico de cabecera de UnitedHealthcare Community Plan?	43
Derecho del miembro a rechazar un tratamiento	44
Credenciales de proveedores	44
Plan de incentivos para proveedores	44
Acceso a la atención de los nativos americanos	44
Cómo obtener una segunda opinión	45
Autorizaciones previas	45
Continuidad de la atención si su médico de cabecera abandona la red	45
Si necesita atención cuando está fuera de la ciudad	46
Sin cobertura médica y dental fuera de los Estados Unidos	47
Transporte médico para casos que no sean de emergencia	47
Hospitales, centros de salud y emergencias	51
Atención de emergencia	51
Servicios de hospital	52
Servicios de atención posteriores a la estabilización	52
Atención de urgencia	53
Beneficios y servicios: salud física	54
Beneficios cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan	54
Beneficios y servicios no cubiertos	66
Beneficios y servicios: tratamiento de la salud mental y por consumo de sustancias	67
Beneficios de tratamiento de la salud mental y por consumo de sustancias cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan	67

Otros beneficios y servicios	<u>75</u>
Administración de la atención médica	<u>75</u>
Mejoramiento de la calidad	<u>77</u>
Educación sobre la salud	<u>78</u>
Para un embarazo saludable	<u>78</u>
Programas de bienestar	<u>79</u>
Otros detalles del plan	<u>85</u>
Cuándo llamar a la División de Medicaid y Atención a Largo Plazo	<u>85</u>
Cómo encontrar un proveedor de la red	<u>85</u>
Directorio de proveedores	<u>85</u>
Si recibe una factura por servicios	<u>86</u>
Directivas anticipadas	<u>86</u>
Actualizar su información	<u>89</u>
Fraude y abuso	<u>90</u>
Inscripción y membresía	<u>91</u>
Gestión de utilización	<u>92</u>
Seguridad y protección contra la discriminación	<u>92</u>
Guías sobre prácticas clínicas y nueva tecnología	<u>93</u>
Trasplantes	<u>93</u>
Interrupción del embarazo	<u>94</u>
Delitos y notificaciones	<u>94</u>
Encuesta de miembros	<u>95</u>
Su opinión nos importa	<u>95</u>
Comité de Asesoramiento para Miembros	<u>96</u>
Informe de incumplimientos de marketing	<u>96</u>
Derechos y responsabilidades de los miembros	<u>97</u>
Términos importantes	<u>99</u>
Quejas y apelaciones	<u>102</u>
Formulario de quejas	<u>106</u>
Formulario de apelaciones	<u>108</u>
Avisos del Plan de salud sobre Prácticas de Privacidad	<u>110</u>

Servicios de interpretación y asistencia con el idioma

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

Si usted no habla inglés, puede obtener ayuda por teléfono. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**. Ellos pueden dejarlo hablar con alguien en su idioma. La asistencia lingüística es un servicio gratuito y un miembro puede solicitar un manual en otros idiomas, braille y audio sin costo alguno.

Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a comunicarse con nosotros, como material en otros formatos, en otros idiomas, en letra grande, y ayudas y servicios auxiliares (en braille o cinta de audio), si los solicita. O bien, puede solicitar un intérprete. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

Si quiere más información. Este Manual para Miembros está disponible en audio, braille, letra grande y en otros idiomas si lo solicita. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**. Visite nuestro sitio web en myuhc.com/CommunityPlan.

Español:

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

Si usted no habla inglés, puede obtener ayuda por teléfono. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**. Ellos pueden dejarlo hablar con alguien en su idioma. La asistencia con el idioma es un servicio gratuito y un miembro puede solicitar un manual en otros idiomas, braille y audio sin costo alguno.

Brindamos servicios gratuitos para ayudarle a comunicarse con nosotros, como materiales en formatos alternativos, otros idiomas, letra grande, ayudas y servicios auxiliares (Braille o cinta de audio), cuando usted lo solicita. O bien, usted puede solicitar un intérprete. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

Si quiere más información. Este Manual para Miembros está disponible en audio, Braille, letra más grande y en otros idiomas si lo solicita. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**. Visite nuestro sitio en internet en myuhc.com/CommunityPlan.

Arabic (العربية):

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

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

نحن نقدم خدمات مجانية لمساعدتك على التواصل معنا مثل مواد بتنسيقات بديلة، ولغات أخرى، والطباعة بالأحرف الكبيرة، والمساعدات والخدمات المساعدة (طريقة برايل أو شريط صوتي)، بناءً على طلبك. أو يمكن لك أن تطلب الاستعانة بمترجم فوري. اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم **1-800-641-1902**، الهاتف النصي **711**.

إذا كنت تريد مزيداً من المعلومات. يتوفر دليل الأعضاء هذا بالصوت، وطريقة برايل، والطباعة بالأحرف الكبيرة، وبلغات أخرى بناءً على طلبك. اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم **1-800-641-1902**، الهاتف النصي **711**. تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني myuhc.com/CommunityPlan

Vietnamese (Tiếng Việt):

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

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

Chúng tôi cung cấp các dịch vụ miễn phí để giúp quý vị giao tiếp với chúng tôi, chẳng hạn như tài liệu ở các định dạng thay thế, ngôn ngữ khác, bản in khổ lớn, hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ (chữ nổi Braille hoặc băng âm thanh), theo yêu cầu của quý vị. Hoặc quý vị có thể yêu cầu một thông dịch viên. Gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-641-1902**, TTY **711**.

Nếu quý vị muốn thêm thông tin. Sổ tay hội viên này có sẵn ở định dạng băng âm thanh, chữ nổi Braille, bản in khổ lớn hơn và các ngôn ngữ khác theo yêu cầu của quý vị. Gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-641-1902**, TTY **711**. Truy cập trang web của chúng tôi tại địa chỉ myuhc.com/CommunityPlan.

French (Français):

Si vous avez des difficultés d'audition, nous pouvons vous aider par téléphone.

Appelez le service TTY au TTY 711. Demandez à l'opérateur d'appeler le Service membres au **1-800-641-1902**. L'opérateur vous mettra en contact avec nous.

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

Nous proposons des services gratuits pour vous aider à communiquer avec nous, tels que des documents en formats alternatifs, dans d'autres langues, en gros caractères, des aides et services auxiliaires (braille ou bande audio), à votre demande. Vous pouvez également demander un interprète. Appelez le Service membres au **1-800-641-1902, TTY 711**.

Si vous voulez obtenir de plus amples renseignements. Ce manuel du membre est disponible en audio, en braille, en gros caractères et dans d'autres langues sur demande. Appelez le Service membres au 1-800-641-1902, TTY 711. Visitez notre site Web à l'adresse myuhc.com/CommunityPlan.

Burmese (မြန်မာ):

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

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

သတင်းအချက်အလက်များကို အွေးပုံစံ၊ အွေးဘာသာစကားများ၊ ပုံနှိပ်စာလုံးအရွက်၊ အရန့်အထောက်အကူပုစပ်စည်းများ၊ ဝန်ဆောင်မှုမပြု (မကြာမီမတူ သို့မဟုတ် အသံသုဉ်းထားသော တီပူဇေ) ဖြင့် ပံ့ပိုးပေးခြင်းကိုသို့ ကြိုတင်ပြင်ဆင်မှု သင့်ဆက်သွယ်မှုဆိုင်ရာစာတမ်းများ ကူညီပေးမည့် ဝန်ဆောင်မှုများကို သင့် တောင်းဆိုပါက အခမဲ့ပံ့ပိုးပေးပါသည်။ သို့မဟုတ်ပါကလည်း သင့်သည့် စကားပုစပ်စည်းများကို တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ အဖွဲ့ဝင် ဝန်ဆောင်မှုများကို **1-800-641-1902၊ TTY 711** တွင် ခေါ်ဆိုပေးပါ။

နောက်ထပ်သိလိုသည့်အခါ ရပါက ဤအဖွဲ့ဝင်လက်စွဲစာအုပ်ကို အသံ၊ မကြာမီမတူ၊ ပုံနှိပ်စာလုံးအရွက်နှင့် အွေးဘာသာစကားဖြင့် ပံ့ပိုးပေးစေလိုပါက တောင်းဆိုရန်ပါသည်။ Member Services (အဖွဲ့ဝင် ဝန်ဆောင်မှုများ) ကို **1-800-641-1902၊ TTY 711** တွင် ခေါ်ဆိုပါ။ ကြိုတင်ပြင်ဆင်မှုများကို myuhc.com/CommunityPlan တွင် ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုပါ။

Aspectos destacados del plan de salud

¿Qué es Heritage Health?

El programa Heritage Health es un programa de atención administrada de Medicaid a través de la División de Medicaid y Atención a Largo Plazo de Nebraska. UnitedHealthcare Community Plan fue aprobado por MLTC para proporcionar coordinación de atención y servicios de atención de la salud. Nuestro objetivo es ayudarlo a mejorar su calidad de atención y su calidad de vida.

Información para Heritage Health

¿Qué lo hace elegible?

Usted es elegible para Heritage Health si tiene entre 19 y 64 años de edad y cumple con todas las categorías a continuación:

- Usted aún no es elegible para la cobertura de Medicare.
- Usted aún no es elegible para la cobertura de Medicaid a través de un grupo de cobertura obligatoria (está embarazada o discapacitado, por ejemplo).
- Sus ingresos no superan el 138% del Límite Federal de Pobreza (Federal Poverty Limit, FPL).

La División de Medicaid y Atención a Largo Plazo de Nebraska determinan la elegibilidad para Medicaid. Comuníquese con AccessNebraska si tiene preguntas sobre la elegibilidad al 1-855-632-7633 o visite [accessnebraska.ne.gov](https://www.accessnebraska.ne.gov).

Evaluación, diagnóstico y tratamiento periódicos y tempranos (EPSDT)

El programa de EPSDT es un beneficio de Medicaid exigido federalmente que proporciona servicios de atención de la salud integrales y preventivos para menores de 21 años. El EPSDT hace hincapié en el cuidado preventivo y completo. Es importante que los adultos jóvenes reciban todos los servicios preventivos sugeridos y cualquier tratamiento médico y dental necesario para contribuir a un crecimiento saludable.

Exámenes dentales para niños a partir de los tres (3) años de edad o de la aparición del primer diente. La atención dental se proporciona tan pronto como sea necesario, para aliviar el dolor y las infecciones, restaurar los dientes y mantener la salud dental.

Los miembros de hasta 21 años de edad deben realizarse controles periódicos de su salud física, dental y mental, crecimiento, desarrollo y estado alimentario. Un control de bienestar incluye lo siguiente:

- un historial completo de salud y crecimiento, incluidas las evaluaciones de desarrollo físico, dental y de salud mental;
- examen físico;
- inyecciones adecuadas para la edad;
- pruebas de visión y de audición;
- examen dental;
- pruebas analíticas, incluidas las evaluaciones del nivel de plomo en sangre a ciertas edades;
- educación sobre la salud.

Otro seguro

Si tiene algún otro seguro, llame a Servicios para Miembros y a AccessNebraska, y háganoslo saber. Si es miembro, su otro seguro médico deberá pagar las facturas de atención de la salud primero. Cuando obtenga atención, siempre muestre ambas tarjetas de identificación de miembro (de UnitedHealthcare Community Plan y de su otro seguro).

Cómo empezar

Este manual contiene información sobre los beneficios cubiertos para salud física, salud dental, salud mental y consumo de sustancias, farmacia y más. Además, el Manual para Miembros es un buen recurso para los controles de salud que incluyen tarjetas de regalo de recompensa y otros beneficios y servicios. Estamos listos para responder cualquier pregunta que pueda tener. Puede encontrar las respuestas a la mayoría de las preguntas en myuhc.com/CommunityPlan. O bien, puede comunicarse con Servicios para Miembros llamando al **1-800-641-1902**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del Centro, (de 6:00 a.m. a 6:00 p.m., hora de la Montaña). Usted tiene derecho a solicitar y recibir materiales escritos en el transcurso de cinco días hábiles a partir de una solicitud.

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

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

Los controles habituales son importantes para una buena salud. El número de teléfono de su PCP debe figurar en la tarjeta de identificación de miembro que recibió recientemente por correo postal. Si no conoce el número de su PCP o si desea ayuda para programar un control, llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del Centro, (de 6:00 a.m. a 6:00 p.m., hora de la Montaña). Estamos aquí para ayudarle.

2. Elija un proveedor dental y prepárese para su cita dental

Las visitas dentales regulares permiten al dentista controlar su salud bucal con el tiempo. Los exámenes dentales pueden identificar una boca poco saludable, nutrición deficiente, e infecciones dentales o de las encías. Ofrecemos cobertura dental integral con nuestros proveedores dentro de la red.

Si desea ayuda para programar una cita dental, llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del Centro, (de 6:00 a.m. a 6:00 p.m., hora de la Montaña). Estamos aquí para ayudarle

3. Realice su evaluación de riesgos

¿Qué es un examen de riesgos de salud?

Después de inscribirse en UnitedHealthcare Community Plan, nos comunicaremos con usted o con su representante autorizado por teléfono, correo, correo electrónico, mensaje de texto o en persona para hacerle algunas preguntas sobre su salud y sus necesidades sociales. Estas preguntas conformarán lo que se denomina “examen de riesgos de salud”. El formulario de examen le preguntará sobre cualquier afección médica que tenga actualmente o que haya tenido en el pasado, su capacidad para hacer las cosas cotidianas y sus afecciones de vida.

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

Sus respuestas ayudarán a UnitedHealthcare Community Plan a comprender sus necesidades, identificar si tiene o no necesidades médicamente complejas y determinar cuándo se requiere su examen de riesgos de salud. UnitedHealthcare Community Plan utilizará sus respuestas para desarrollar su plan de atención (para obtener más información sobre su plan de atención, consulte a continuación).

Hay varios métodos que puede utilizar para completar el examen de riesgos de salud, incluido un enlace en el portal web para miembros, una copia impresa solicitada a través de Servicios para Miembros en varios idiomas, durante la llamada de bienvenida de su plan de salud o llamando a Servicios para Miembros.

Comuníquese con UnitedHealthcare Community Plan si necesita adaptaciones para participar en el examen de salud. Si tiene preguntas sobre el examen de salud, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

A los miembros evaluados por afecciones médicas que puedan identificarlos como médicamente complejos en función de su salud física, salud mental o determinantes sociales de la salud se les ofrecerá atención o gestión de casos. Los coordinadores clínicos ayudarán al miembro con todas sus necesidades de atención de la salud y circunstancias de la vida.

4. Conozca su plan de salud

Comience con la sección **Aspectos destacados del plan de salud** en la página 10 para obtener una descripción general rápida de su nuevo plan. Asegúrese de tener este folleto a mano para consultarlo en el futuro.

5. Encuentre su plan en línea

Visite myuhc.com/CommunityPlan para inscribirse y tener acceso web a su cuenta. Este sitio web seguro contiene toda su información de salud en un solo lugar. Realice su evaluación de salud, encuentre respuestas a sus preguntas sobre beneficios del plan, médicos de la red, dentistas y más. Además de los detalles del plan, el sitio incluye herramientas útiles que pueden ayudarle. Incluso puede imprimir una copia de su tarjeta de identificación de miembro. Regístrese hoy mismo. Consulte la página 15.

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

6. Revise su tarjeta de identificación de miembro

Debió haber recibido su tarjeta de identificación de miembro por correo. La tarjeta tiene el logotipo de UnitedHealthcare Community Plan. Debería haber recibido una tarjeta de identificación separada para cada miembro de su familia que está inscrito en nuestro plan. Si no recibió una tarjeta de identificación, o si la información sobre ella no es correcta, llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**, o visite myuhc.com/CommunityPlan.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan 13
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

Tarjeta de identificación de miembro de Medicaid

Heritage Health

United Healthcare Community Plan
Health Plan/Plan de salud (80840) 911-87726-04
Member ID/ID del Miembro: 000611157 Group/grupo: NESHAD
Member/Miembro: REISSUE ENGLISH Payer ID/ID del Pagador: 87726
Medicaid Number: 99999111557
PCP Name/Nombre del PCP: DOUGLAS GETWELL
PCP Phone/Teléfono del PCP: (000) 000-0000
Dental Home/Consultorio Dental: (000) 000-0000
Dental Phone/Teléfono del Dentista: (000) 000-0000
0501 Administered by UnitedHealthcare of the Midlands, Inc.

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

In an emergency go to nearest emergency room or call 911. Printed: 10/13/20
En caso de emergencia, acuda a la sala de emergencia más cercana o llame el 911. This card does not guarantee coverage. For coordination of care call your PCP. To verify benefits or to find a provider, visit the website uhcommunityplan.com or call.
For fraud and grievances, call 800-641-1902, TTY 711
For Members/Para Miembros: 800-641-1902 TTY 711
NurseLine/Línea de enfermeras: 877-543-4293
Enrollment Broker/Agent de ventas: 888-255-2605
For Providers: UHCprovider.com 866-331-2243
Claims: PO Box 31365, Salt Lake City, UT 84131
For Pharmacist: 1-877-231-0131
Pharmacy Claims: OptumRX, PO Box 650334, Dallas, TX 75265-0334

El nombre de su médico de cabecera

Información para su farmacéutico

Su número de identificación del plan

Su número de identificación de miembro

Servicios para Miembros

Su tarjeta de identificación de miembro contiene mucha información importante. Le proporciona acceso a sus beneficios cubiertos. Debería haber recibido su tarjeta de identificación de miembro por correo postal dentro de los 10 días posteriores a su incorporación a UnitedHealthcare Community Plan. Cada miembro de la familia tendrá su propia tarjeta. Verifique para asegurarse de que la información sea correcta. Si alguna información es incorrecta, llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del Centro, (de 6:00 a.m. a 6:00 p.m., hora de la Montaña).

- Lleve su tarjeta de identificación de miembro a sus citas.
- Muéstrela cuando surta una receta.
- Téngala a mano cuando llame a Servicios para Miembros; esto nos ayuda a brindarle un mejor servicio.
- No permita que otra persona use sus tarjetas. Es contrario a la ley.
- Puede acceder a su tarjeta desde la aplicación UnitedHealthcare®, que está disponible para descargar desde App Store o Google Play.

Muestre ambas tarjetas

Siempre lleve su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare y su tarjeta azul de Medicaid del estado a sus citas médicas, a sus citas dentales y cuando vaya a una farmacia. Nunca entregue su tarjeta de identificación para que la use otra persona. Como miembro, usted es responsable de proteger su tarjeta de identificación y el uso indebido de la tarjeta, lo que incluye prestarla, venderla o dársela a otra persona, podría dar lugar a la pérdida de elegibilidad para Medicaid o acciones legales. Cuando reciba atención, muestre siempre ambas tarjetas de identificación.

¿Perdió su tarjeta de identificación de miembro?

Si usted o un familiar pierden una tarjeta, pueden imprimir una nueva en myuhc.com/CommunityPlan.

Llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del Centro (de 6:00 a.m. a 6:00 p.m., hora de la Montaña) o visite myuhc.com/CommunityPlan.

Encuentre su plan en línea

Administre su información de atención de la salud las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en myuhc.com.

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, usted está a solo un clic de todo lo que necesita para hacerse cargo de sus beneficios para la salud. Regístrese en myuhc.com/CommunityPlan. Las herramientas y las nuevas características pueden ahorrarle tiempo y ayudarle a mantenerse saludable. El uso del sitio es gratuito.

Motivos excelentes para usar myuhc.com/CommunityPlan

- Buscar beneficios
- Buscar un médico
- Buscar un dentista
- Imprimir una tarjeta de identificación
- Encontrar un hospital
- Completar su evaluación de salud
- Llevar un registro de sus antecedentes médicos
- Ver historial de reclamaciones
- Aprender a mantenerse saludable

Regístrese en myuhc.com/CommunityPlan hoy

Registrarse es fácil y rápido. ¡Inscríbase hoy! Simplemente visite myuhc.com/CommunityPlan. Seleccione “Register” (Registrarse) en la página de inicio y siga las sencillas instrucciones. Usted está a solo unos pocos clics de acceder a todo tipo de información. Obtenga más de su atención de la salud.

Aplicación móvil UnitedHealthcare®

UnitedHealthcare Community Plan tiene una nueva aplicación para miembros. Está disponible para tabletas y teléfonos inteligentes Apple® o Android®. La aplicación de UnitedHealthcare le permite hacer lo siguiente:

- Encontrar un médico, una sala de emergencias o un centro de atención de urgencias cercano
- Ver su tarjeta de identificación
- Realizarse el examen y la evaluación de riesgos de salud
- Leer su manual
- Conocer nuestros beneficios
- Comunicarse con Servicios para Miembros

Descargue la aplicación gratuita de UnitedHealthcare hoy mismo. Úsela para conectarse con su plan de salud dondequiera que esté y cuando lo desee. Para descargar la aplicación, vaya a la tienda de aplicaciones o escanee este cuadrado con su teléfono inteligente.



Beneficios en pocas palabras

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, usted tiene a su disposición una variedad de beneficios y servicios de atención de la salud. Esta es una breve descripción general. Encontrará una lista completa en la sección **Beneficios**. Tenga en cuenta lo siguiente: El plan de salud no limita la cobertura de servicios por motivos morales o religiosos.

Fármacos/medicamentos con receta

Su plan cubre una extensa lista de medicamentos o medicamentos con receta. Los medicamentos genéricos con receta no tienen copago. Es posible que aún se apliquen copagos de Medicare y otros seguros. Los medicamentos cubiertos se muestran en la Lista de medicamentos preferidos de Nebraska. Usted y su médico utilizarán esta lista para asegurarse de que los medicamentos que usted necesita estén cubiertos por su plan. Consulte la página 25.

Aprobación previa (autorización) de medicamentos con receta

Si su medicamento con receta no figura en la Lista de medicamentos preferidos (Preferred Drug List, PDL), o figura, pero requiere aprobación previa, su proveedor de atención puede solicitar una aprobación previa para usted, para que pueda obtener ese medicamento. Aprobaremos o denegaremos la solicitud dentro de las 24 horas. Si se aprueba la solicitud, se les informará a usted y a su médico de cabecera (PCP) sobre la decisión por escrito, incluido el tiempo de aprobación del medicamento. Si se rechaza la solicitud, se les informará a usted y a su médico de cabecera (PCP) sobre la decisión por escrito. En el aviso de la decisión por escrito, se le indicará cómo y cuándo puede apelar esta decisión y cómo presentar una queja o un reclamo ante UnitedHealthcare Community Plan.

Exámenes preventivos para niños y adultos

Los controles son una manera de asegurarse de que usted y su familia se mantengan sanos. Los médicos de cabecera (PCP) son los principales profesionales de atención médica que se ocupan de su atención y de la de su hijo. Ir al médico es importante, incluso si no se siente enfermo. Los adultos deben visitar a su PCP una vez por año. Todos los niños de 3 años o más deben consultar a su PCP una vez al año. Es posible que los niños menores de 3 años necesiten más controles y vacunas. Hable su médico acerca de la frecuencia con la que su hijo debe realizarse controles. Es importante que los niños reciban servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos. Los niños desde el nacimiento hasta los 21 años de edad necesitan la mejor atención de la salud pediátrica posible, incluidos beneficios integrales preventivos para la salud. Pregunte a su médico sobre otras pruebas o exámenes que usted o sus familiares puedan necesitar en función de su sexo o edad.

Trastorno de salud mental y por consumo de sustancias

Obtenga ayuda con problemas personales que puedan afectarlos a usted o a su familia. Estos pueden ser estrés, depresión, ansiedad, problemas con apuestas, o el uso de drogas o alcohol.

Servicios de atención primaria

Usted tiene cobertura para todas las visitas a su médico de cabecera. Su PCP es el principal médico al que acudirá para la mayor parte de su atención de la salud. Esto incluye controles, tratamiento para resfríos y gripe, inquietudes sobre la salud y exámenes de salud.

Amplia red de proveedores

Puede elegir cualquier PCP de nuestra amplia red de proveedores. Nuestra red también incluye especialistas, hospitales y farmacias, y le da gran cantidad de opciones para la atención de la salud. Encuentre una lista completa de proveedores de la red en myuhc.com/CommunityPlan o llame al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

Controles/visitas de salud anuales

Mantenga su buena salud con controles regulares. Como nuevo miembro, dispone de servicios como controles anuales. Cuidar su salud hoy puede evitar que los pequeños problemas se conviertan en grandes problemas en el futuro. Programe una cita para visitar a su PCP hoy mismo. Asegúrese de realizar una visita anual de salud cada año.

Servicios dentales

Es importante recibir la atención que necesita, cuando la necesita. Tenemos una gran variedad de proveedores dentales dentro de la red, y podemos ayudarle a encontrar uno que se adapte a sus necesidades. Visitar al dentista le ayudará a mantener la boca limpia y saludable. Las visitas dentales regulares permiten al dentista controlar su salud bucal con el tiempo. Los exámenes dentales pueden identificar una boca poco saludable, nutrición deficiente, infecciones dentales o de las encías y problemas de desarrollo. A partir del primer año, todos los niños deben visitar al dentista anualmente para un control y una limpieza. UnitedHealthcare ofrece cobertura dental integral con nuestros proveedores dentro de la red.

Vacunas

Se recomiendan las vacunas contra la gripe para todos los miembros. Su médico le ayudará a mantenerse al día con otras vacunas recomendadas, según su edad.

NurseLine

La línea de enfermería NurseLine le brinda acceso telefónico al experimentado personal de enfermería registrado las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Pueden brindarle información, apoyo y educación para cualquier pregunta o inquietud relacionada con la salud. Se encuentran disponibles servicios de intérprete. Llame a NurseLine al 1-877-543-4293, TTY 711.

Aspectos destacados del plan de salud

Atención de embarazo y maternidad

Tiene acceso a un programa prenatal llamado Healthy First Steps. Usted tiene cobertura para las visitas al médico, incluidos análisis de orina de rutina, antes y después del nacimiento de su bebé. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información sobre nuestros programas de maternidad.

Planificación familiar

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

Servicios especiales

Su cobertura incluye servicios de especialistas. Los especialistas son médicos o personal de enfermería altamente capacitados para tratar ciertas afecciones. Consulte la página 43.

Atención de urgencia

Usted está cubierto por atención de urgencia. Si necesita atención médica de inmediato y su PCP no está disponible, visite un centro de atención de urgencias de la red. Recuerde hacer siempre un seguimiento con su PCP después de haber acudido a un centro de atención de urgencias.

Servicios hospitalarios

Usted tiene cobertura para hospitalizaciones y servicios ambulatorios (servicios que recibe en el hospital sin pasar la noche).

Servicios de emergencia

Utilice la sala de emergencia solo si tiene una emergencia. La sala de emergencia **no** debe usarse generalmente para problemas como gripe, dolores de garganta o infecciones de oído. Si tiene preguntas, llame a su PCP. También puede llamar a NurseLine para que lo ayude con cualquier pregunta médica que pueda tener.

Servicios de laboratorio

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

Visitas de bienestar del niño

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

Atención de la vista

Sus beneficios de la vista incluyen exámenes de la vista de rutina y anteojos. Encuentre una lista completa de proveedores de la red en myuhc.com/CommunityPlan o llame al **1-800-641-1902**, TTY 711. Consulte la página 65 para obtener más información sobre sus beneficios de la vista.

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

Servicios de audición

Los servicios de audición incluyen pruebas, controles y audífonos (para miembros elegibles).

Transporte médico para casos que no sean de emergencia (NEMT)

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, hay transporte médico disponible para cierta atención médica. Consulte la página 47 para obtener más detalles.

Apoyo al miembro

Queremos que obtenga el máximo beneficio de su plan de salud de la manera más fácil posible. Además, si tiene preguntas, hay muchos lugares donde puede obtener respuestas. Si su dirección o número de teléfono cambia, llame a Servicios para Miembros para actualizar su información.

Nuestro sitio web ofrece acceso a los detalles del plan las 24 horas del día, los 7 días de la semana

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

- Encontrar un proveedor, un dentista, un hospital o una farmacia
- Obtener detalles de los beneficios
- Descargar un nuevo Manual para Miembros
- Imprimir una nueva tarjeta de identificación de miembro
- Inscribirse en programas de incentivos

Conéctese

Hacemos que obtener la información que desea y necesita sea fácil para usted.

- **Descargue la aplicación móvil de UnitedHealthcare.** Está diseñada para personas que se encuentran fuera del hogar e incluye muchas de las mismas características que el sitio web para miembros. Encuéntrala en la App Store o Google Play.



- Síguenos en Facebook, en facebook.com/UnitedHealthcareCommunityPlan. Manténgase al tanto de las noticias sobre eventos locales y planes de salud.

Aspectos destacados del plan de salud

Servicios para Miembros

Cuando llame a Servicios para Miembros, se pondrá en contacto con un **defensor de miembros** especialmente capacitado. Le ayudarán a aprovechar al máximo su plan de salud. Por ejemplo:

- Su defensor está equipado para responder sus preguntas sobre beneficios y resolver problemas
- Ayuda para obtener una tarjeta de identificación de miembro de reemplazo
- Encontrar un médico, un dentista o una clínica de atención de urgencia
- Concertar una cita con un médico o un dentista
- Conectarse directamente con los servicios disponibles, incluidos los servicios de intérpretes

Llame al **1-800-641-1902**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del Centro, (de 6:00 a.m. a 6:00 p.m., hora de la Montaña).

Nuestra oficina está cerrada en estos feriados importantes: Año Nuevo, Día de Martin Luther King, Jr., Día de los Caídos, Día de la Independencia, Día del Trabajo, Día de Acción de Gracias, día después del Día de Acción de Gracias y Navidad.

Teléfono celular gratis

Los miembros elegibles pueden obtener apoyo para la salud mediante servicio de telefonía móvil **sin costo** para usted de determinados proveedores de servicio de Lifeline.

¡Queremos ayudarle a que esté conectado! Como miembro o tutor de un miembro de UnitedHealthcare Community Plan, puede obtener apoyo para la salud en su teléfono móvil **sin costo** si cumple los requisitos para el servicio de telefonía móvil de Assurance Wireless, un proveedor de servicio de Lifeline, sin costo para usted. ¡Queremos que se mantenga conectado!

¡Regístrese ahora!

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

Programa Care Management/Disease Management

Si tiene una afección de salud crónica, como asma o diabetes, o un embarazo de alto riesgo, puede beneficiarse de nuestro programa Care Management/Disease Management. Podemos ayudarle con varias cosas, como programar citas con un médico o un dentista y mantener a todos sus proveedores informados sobre la atención que recibe. Para obtener más información y asistencia, llame al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

Recursos comunitarios y servicios de apoyo

Estamos aquí para ayudarle. Un representante de UnitedHealthcare puede derivarle a los servicios que más necesita. Nuestro personal usa una aplicación web que incluye acceso a servicios en Nebraska para identificar la mejor opción para sus necesidades que se encuentre a la menor distancia de su hogar. Los servicios incluyen ayuda con la vivienda, alimentación, grupos de apoyo y educación para la salud, capacitación laboral, artículos para el hogar, apoyo legal y más. Elegible para todos los miembros.

Hablamos su mismo idioma

Si usted habla un idioma diferente al inglés, podemos brindarle materiales impresos traducidos. O podemos brindar servicios de un intérprete telefónico para traducir los materiales que se le enviaron. Este Manual para Miembros está disponible en audio, braille, letra grande y en otros idiomas si lo solicita. Encontrará más información sobre los servicios de interpretación y asistencia de idiomas en la sección llamada **Otros detalles del plan**. O bien, llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

Renovar sus beneficios de Medicaid

Si su oficina estatal de Medicaid se comunica con usted porque es hora de renovar la elegibilidad para su beneficio estatal de Medicaid, simplemente llame al 1-855-632-7633 o ingrese en línea en accessnebraska.ne.gov.

Actualizar su información

Es muy importante que tengamos su dirección correcta para que pueda recibir correspondencia de UnitedHealthcare Community Plan y la División de Medicaid y Atención a Largo Plazo de Nebraska.

Además, al plan de salud y la División de Medicaid y Atención a Largo Plazo les gustaría conocer la dirección de correo electrónico preferido y su número de teléfono celular para cualquier mensaje importante que podamos enviarle por correo electrónico o mensaje de texto.

Es muy importante que nos diga si tiene algún cambio en alguno de estos aspectos:

- Nombre, dirección, número de teléfono
- Si se muda fuera del estado
- Si se casa; si cambia su apellido
- Si se queda embarazada
- Tamaño de la familia (sumar un nuevo bebé o adoptar un niño, muerte de un familiar inscrito, etc.)
- Cambio en los ingresos que podría afectar la elegibilidad para Medicaid
- Si tiene otro seguro de salud

Aspectos destacados del plan de salud

Cómo hablarnos de los cambios

Comuníquese con accessnebraska.ne.gov para informar sobre cualquiera de estos cambios. Puede llamar al número gratuito, 1-855-632-7633, o visitar accessnebraska.ne.gov.

Emergencias

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

Otros números importantes

Línea de enfermería NurseLine las 24 horas del día, los 7 días de la semana **1-877-543-4293**, TTY **711**

(Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana)

Gestión de la atención **1-877-856-6351**

(ayuda con problemas de salud física y mental y consumo de sustancias)

Programa Healthy First Steps® (para futuras madres) **1-800-599-5985**

Transporte médico para casos que no sean de emergencia **1-833-583-5683**

TTY **1-866-288-3133**

Número gratuito de ACCESSNebraska **1-855-632-7633**

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

Fax **1-402-742-2351**

Número gratuito del Centro de Inscripción de Heritage Health **1-888-255-2605**

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

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

Farmacia

Beneficios de farmacia

Se requiere que UnitedHealthcare Community Plan utilice la lista de medicamentos cubiertos recetada por el estado, denominada Lista de medicamentos preferidos (PDL). La PDL es una lista de medicamentos cubiertos por su plan. Un proveedor de la red debe solicitar estos medicamentos y una farmacia de la red debe suministrarlos. Su médico utiliza esta lista para asegurarse de que los medicamentos que usted necesite estén cubiertos por su plan. Puede encontrar la PDL en línea, en myuhc.com/CommunityPlan. También puede buscar un medicamento en el sitio web por nombre. Comenzar a surtir sus recetas es fácil.

¿Tiene una receta?

Cuando tenga una receta de su médico o necesite resurtir su receta, vaya a una farmacia de la red. Muestre al farmacéutico su tarjeta de identificación de miembro de UnitedHealthcare. Puede encontrar una lista de las farmacias de la red en el Directorio de proveedores en línea en myuhc.com/CommunityPlan, o puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY 711.

Usar la farmacia del servicio de correo para recibir sus recetas

El servicio de entrega a domicilio le permite evitar viajes mensuales a la farmacia y también puede ahorrar dinero. Puede pedir un suministro de hasta 3 meses de medicamentos que tome regularmente y normalmente no se cobra por el envío estándar dentro de los EE. UU.

Coordinar la entrega a domicilio por correo

Para recibir información de facturación y un formulario de recetas de pedido por correo, comuníquese con nuestra farmacia de servicio de correo, OptumRx®. OptumRx es el proveedor de servicios de farmacia de UnitedHealthcare. OptumRx ofrece cobertura a los miembros a través de una amplia red de cadenas minoristas y farmacias independientes, así como a través de su farmacia de servicio de correo conocida como OptumRx Home Delivery y Optum Specialty Pharmacy.

Los medicamentos con receta deberían llegar dentro de los diez días hábiles posteriores a la recepción del pedido completo. Sin embargo, es probable que a veces se demore el pedido de envío por correo.

Si su pedido por correo se retrasa, siga estos pasos:

Si su receta está archivada en una farmacia local, diríjase a dicha farmacia para surtir su receta. Si su receta demorada no está archivada en su farmacia local, llame a su proveedor a fin de solicitar una nueva receta. Su farmacéutico puede ayudarle llamando al consultorio del proveedor para solicitar la receta. El farmacéutico puede llamar al Centro de asistencia técnica de Optum Rx si tiene alguna pregunta o necesita anular una reclamación.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan 23
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY 711.

Farmacia

Puede llamarnos

Para iniciar su servicio de correo por teléfono, esté preparado para proporcionar los nombres y las dosis de su medicación junto con el nombre y el número de teléfono de su proveedor. Llame al 1-866-325-8016, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. OptumRx se comunicará con su proveedor para solicitar que sus recetas se conviertan en pedidos por correo y suministros para 90 días.

Puede registrarse en [optumrx.com](https://www.optumrx.com) o en la aplicación OptumRx.

Encuentre fácilmente sus medicamentos y coordine la entrega a domicilio en unos pocos pasos a través de [optumrx.com](https://www.optumrx.com) o la aplicación OptumRx.

Solicitar renovaciones es aún más fácil

OptumRx facilita mucho la solicitud de renovaciones o la comprobación de la cantidad de renovaciones disponibles. Las renovaciones se pueden solicitar en línea en www.optumrx.com, a través del sistema telefónico automatizado o llamando a Servicios para Miembros. Además, puede recibir un formulario de nuevo pedido con cada envío que se puede enviar por correo para que procese cuando le sea cómodo. Una vez que se registre en línea, recibirá un recordatorio por correo electrónico cuando sea el momento de renovar su medicación.

Copagos para medicamentos con receta

Puede recibir muchos medicamentos disponibles de marca y genéricos preferidos sin copago. Visite myuhc.com/CommunityPlan para ver nuestra lista completa de medicamentos preferidos.

Si el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (Center of Medicare and Medicaid Services, CMS) muestra que usted está exento del copago, no tendrá que pagar el copago de \$3. Usted podría estar exento del copago si:

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

¿Sus medicamentos están incluidos en la Lista de medicamentos preferidos (PDL)?

Sí

Si sus medicamentos están incluidos en la PDL, no hay nada por hacer. Asegúrese de mostrarle a su farmacéutico su tarjeta de identificación de miembro de UnitedHealthcare Community Plan cada vez que surta sus medicamentos con receta. Es posible que aún se apliquen copagos de Medicare y otros seguros.

No

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

No sabe

Puede ver la PDL en línea en myuhc.com/CommunityPlan. Algunas recetas requieren autorización previa. Hable con su médico sobre la solicitud de una autorización previa. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**, si tiene alguna pregunta. Estamos aquí para ayudarle.

Medicamentos con receta

Medicamentos genéricos y de marca

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes que los medicamentos de marca: a menudo cuestan menos, pero funcionan igual.

En algunos casos, se cubre una cantidad limitada de medicamentos de marca. Estos se limitan a ciertas clases (o tipos) de medicamentos. Algunos de estos medicamentos podrán requerir autorización previa de UnitedHealthcare Community Plan. **El suministro diario estándar por miembro, por receta, es de 31 días.**

Cambios en la Lista de medicamentos preferidos

El estado de Nebraska revisa regularmente la lista de medicamentos cubiertos y puede cambiar cuando haya nuevos medicamentos genéricos disponibles. Es importante que su médico revise la PDL de Medicaid cada vez que necesite una receta.

Medicamentos de venta libre (OTC)

Los miembros de Heritage Health recibirán recetas por medicamentos de venta libre (OTC) selectas.

UnitedHealthcare Community Plan también cubre muchos medicamentos de venta libre que están en la lista aprobada del estado. Un proveedor debe recetarle el medicamento OTC que necesita. Entonces, todo lo que tiene que hacer es llevar su receta y tarjeta de identificación de miembro a cualquier farmacia de la red para surtir la receta. Los productos de venta libre incluyen los siguientes:

- Analgésicos
- Medicamentos para la tos o el resfriado
- Crema de primeros auxilios
- Anticonceptivos
- Medicamentos para el acné

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

Beneficio de suministro para 90 días

Su plan ahora cubre el suministro para 90 días de medicamentos selectos. Con un suministro para 90 días, no necesitará obtener una renovación de sus recetas todos los meses. Si desea participar:

- Hable con su médico para ver si sus medicamentos reúnen los requisitos. Si este es el caso, su médico le puede hacer una nueva receta por un suministro para 90 días de su medicamento.
- Hable con su farmacéutico. Su farmacia puede llamar a su médico para obtener una nueva receta por un suministro para 90 días.

Siguen aplicándose las reglas de cobertura de beneficios de farmacia. Solo los medicamentos cubiertos estarán disponibles por un suministro para 90 días. Consulte las reglas de cobertura de su farmacia para obtener más detalles. Lo tenemos cubierto. Para averiguar qué medicamentos están incluidos, visite myuhc.com/CommunityPlan o llame a Servicios para Miembros al número gratuito **1-800-641-1902**, TTY **711**.

Servicios restringidos de farmacia

Algunos miembros de UnitedHealthcare Community Plan están obligados a tener servicios restringidos de farmacia para coordinar mejor su atención. Esto significa que los miembros deben surtir recetas en una sola farmacia durante un máximo de un año. Esto se basa en el uso previo de medicamentos, incluido el uso excesivo de beneficios de farmacia, narcóticos, ubicaciones de farmacia y otra información.

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

Examen y evaluación de riesgos de salud

¿Qué son un examen de riesgos de salud y una evaluación de riesgos de salud?

¿Qué es un examen de riesgos de salud?

Una herramienta que tiene algunas preguntas sobre su salud que ayudarán al equipo de atención clínica de UnitedHealthcare Community Plan a trabajar con usted para identificar áreas en las que puede desear centrarse para mantener o mejorar su salud, así como para ayudarle con las necesidades del área de servicio social.

Evaluación de riesgos de salud

Después de inscribirse en UnitedHealthcare Community Plan, su coordinador clínico se reunirá con usted para hacerle algunas preguntas sobre su salud, necesidades y opciones. Su coordinador clínico hablará con usted sobre cualquier necesidad de servicio médico, conductual, dental, físico y social que pueda tener. Esta reunión puede ser por teléfono o en persona, y recibe el nombre de Evaluación de riesgos de salud Health Risk Assessment, HRA). Esta evaluación de riesgos de salud permitirá a su coordinador clínico comprender sus necesidades y ayudarle a obtener la atención que necesita.

Médicamente complejo

UnitedHealthcare identificará y evaluará a los miembros que puedan ser médicamente complejos e involucrará a los miembros en la atención o gestión de casos para ayudarles con las necesidades generales de atención de la salud y las circunstancias de la vida.

La herramienta de examen de riesgos de salud evaluará las afecciones de salud del miembro que identifican al miembro como médicamente complejo en función de la salud física, la salud conductual, la salud dental o los determinantes sociales de las necesidades de salud.

Examen y evaluación de riesgos de salud

La gestión de la atención ayuda a los miembros a mejorar su salud y bienestar general. La gestión de casos es el plan personalizado desarrollado con un miembro para abordar su salud física, salud conductual, salud dental o los determinantes sociales de la salud. El coordinador clínico del miembro ayuda a los miembros a alcanzar sus objetivos de atención de la salud.

Los miembros con los siguientes problemas médicamente complejos serán adecuados para la administración de casos:

- Trastorno mental incapacitante (incluida enfermedad mental grave)
- Trastorno crónico por consumo de sustancias
- Discapacidad física, intelectual o del desarrollo con deterioro funcional que impide al beneficiario realizar una o más actividades de la vida diaria por cada ocurrencia de la actividad
- Tiene una determinación de discapacidad basada en los criterios del Seguro Social y los Códigos de diagnóstico médicamente complejo del Departamento de Salud y Servicios Humanos
- Afección médica compleja y grave
- Actualmente sin hogar o en riesgo de quedarse sin hogar
- Niños y adolescentes en cuidado tutelar que crecen fuera del sistema de cuidado tutelar
- Elegibilidad doble
- Transición de la encarcelación a la comunidad
- Adolescentes con necesidades especiales que envejecerán y que ya no serán elegibles para los servicios de detección periódica temprana y pruebas de diagnóstico

Los beneficiarios pueden ser identificados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos en función de una determinación de problemas médicamente complejos a través de los siguientes métodos:

- Examen de riesgos de salud, formulario de identificación de personas sin hogar o formulario para situaciones médicamente complejas
- Autoidentificación del beneficiario ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos o su Organización de Atención Administrada de Medicaid
- Los beneficiarios también pueden ser derivados por su Organización de Atención Administrada de Medicaid después de interactuar con el coordinador clínico de las organizaciones de atención administrada o a través del análisis de los datos históricos de reclamaciones del beneficiario.
- Mediante la identificación por parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos, incluidos, entre otros, la División de Asistencia Económica de Nebraska, los trabajadores de servicios sociales del Departamento de Salud y Servicios Humanos o a través del personal del programa Medicaid

Salud dental

Las visitas dentales regulares permiten al dentista controlar su salud bucal. Los exámenes dentales pueden identificar una boca poco saludable, nutrición deficiente, infecciones dentales o de las encías y problemas de desarrollo. UnitedHealthcare ofrece cobertura dental integral con nuestros proveedores dentro de la red. Esto incluye **controles de rutina, tratamientos con flúor, radiografías y limpiezas** para ayudar a mantener los dientes y las encías fuertes y sanos. A partir del primer año, todos los niños deben visitar al dentista anualmente para un control y una limpieza. UnitedHealthcare ofrece cobertura dental integral con nuestros proveedores dentro de la red. En general, los siguientes tipos de servicios están cubiertos para niños de 20 años o menos, adultos de 21 años o más, toda persona ciega o discapacitada de acuerdo con los criterios de la Administración del Seguro Social.

- **Evaluación bucal periódica:**

La evaluación bucal periódica está cubierta una vez cada 180 días por cliente.

- **Profilaxis. Servicios preventivos:**

- Para clientes menores de 13 años: la profilaxis está cubierta una vez cada 180 días.
- Para clientes mayores de 14 años: la profilaxis está cubierta una vez cada 180 días y se factura como profilaxis para adultos.

- **Evaluación bucal limitada:**

La evaluación bucal se limita a dos veces en un período de un año para cada cliente y para el tratamiento de un problema o una queja de salud bucal específicos. Se requiere documentación que especifique la necesidad médica.

- **Evaluación bucal completa:**

El beneficio se limita a una evaluación por período de tres años por cliente, por proveedor y por ubicación.

- **Evaluación periodontal integral:**

El beneficio se limita a una evaluación por período de tres años por cliente.

Eso no es todo. Nuestro plan ofrece cobertura para **empastes**. Con autorización previa, las extracciones, las evaluaciones bucales limitadas, las coronas, las dentaduras postizas parciales, las dentaduras postizas completas, la cirugía oral y la ortodoncia (menores de 20 años) pueden estar cubiertas si su proveedor documenta la necesidad médica.

Debe comunicarse con sus dentistas para todas las emergencias dentales que no pongan en peligro la vida, antes de considerar acudir a la sala de emergencias. Su dentista puede ayudarle rápidamente a tratar el problema o aconsejarle sobre las opciones de tratamiento.

Si utiliza un dentista que no está en la red de UnitedHealthcare, o se tiene que hacer un trabajo dental que requiere una autorización previa que no ha sido aprobada, es posible que sea responsable de pagar el tratamiento.

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

Servicios sin cobertura

Los procedimientos dentales estéticos no están cubiertos como un beneficio o servicio principal. Para obtener información adicional o para encontrar un dentista, visite [myUHC.com](https://myuhc.com) y haga clic en “Buscar un dentista”. Seleccione NE como su ubicación y elija “NE Medicaid Heritage Health” como su red.

También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902** para obtener asistencia para encontrar un proveedor dental.

Para ciertos procedimientos, es posible que necesite aprobación previa. La aprobación previa significa que necesitamos dar permiso antes de que reciba un servicio específico. Si se necesita aprobación previa, tomaremos nuestra decisión **dentro de los 2 días hábiles de obtener la información dental pertinente.**

Cómo obtener atención médica y dental

Su médico de cabecera (PCP) y su dentista de atención primaria (PCD)

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

- Atención de rutina, incluidos los controles anuales
- Coordinación de su atención con un especialista
- Tratamiento de resfrío y gripe
- Otras inquietudes sobre su salud

Tiene opciones

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

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

Consultorio dental (PCD)

Un consultorio dental es simplemente un dentista de atención primaria (Primary Care Dentist, PCD) que se asignará a cada miembro. La idea de un consultorio dental es fomentar la relación entre el PCD y el paciente para proporcionar una mejor atención dental y mejores resultados mediante la promoción de atención dental inclusiva, integral, continuamente accesible, coordinada y centrada en la familia.

Se recomienda a los miembros seleccionar un PCD que actúe como consultorio dental, pero se asignará uno si el miembro no lo elige. El PCD puede ser un dentista general o un dentista pediátrico. Se recomienda a los miembros visitar a su PCD cada 6 meses para recibir atención dental regular y prevenir problemas con los dientes y las encías.

Los miembros pueden cambiar de PCD en cualquier momento comunicándose con Servicios para Miembros.

¿Qué es un proveedor de la red?

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

Centros de Salud Calificados con Certificación Federal o Centros de Salud Comunitarios

Los Centros de Salud Calificados con Certificación Federal o Centros de Salud Comunitarios tienen un contrato con UnitedHealthcare Community Plan para brindar atención a nuestros miembros. No necesita llamarnos antes de ver a uno de estos proveedores.

Cómo elegir su médico de cabecera o su dentista de atención primaria

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

Hay dos maneras de encontrar el PCP o PCD adecuado para usted.

1. Utilice la herramienta de búsqueda de médicos Doctor Lookup en myuhc.com/CommunityPlan.
2. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del Centro, (de 6:00 a.m. a 6:00 p.m., hora de la Montaña). Podemos responder sus preguntas y ayudarle a encontrar un PCP o un PCD en su área.

Una vez que elija un PCP o un PCD, llame a Servicios para Miembros y avísenos. Nos aseguraremos de que sus registros estén actualizados.

Visitar a su proveedor de atención de la salud y a su proveedor dental

Cómo cambiar su PCP o PCD

Es importante que el PCP y el PCD sea alguien que le agrade y en quien confíe. Puede cambiar de PCP o de PCD en cualquier momento. Llame a Servicios para Miembros y podemos ayudarle a hacer el cambio.

Más información sobre los médicos y dentistas de la red

Puede obtener información sobre médicos de la red, como certificaciones de juntas directivas e idiomas que hablan, en myuhc.com/CommunityPlan o llamando a Servicios para Miembros.

Podemos brindarle la siguiente información:

- Nombre, dirección y números de teléfono
- Calificaciones profesionales
- Especialidad
- Facultad de medicina a la que asistió
- Fecha de finalización de la residencia
- Estado de la certificación de la junta médica

Controles anuales

La importancia de su control anual

Usted no tiene que estar enfermo para visitar a su médico. De hecho, los controles anuales con su PCP pueden ayudarle a mantenerse saludable. Además de controlar su salud general, su médico de cabecera se asegurará de que reciba los exámenes de detección, las pruebas y las vacunas que necesita. Además, si hay un problema de salud, generalmente es mucho más fácil tratarlo cuando se detecta temprano. La frecuencia con la que se realiza un examen de detección se basa en su edad y en sus factores de riesgo. Hable con el médico sobre lo que es adecuado para usted.

Exámenes de salud recomendados

Utilizamos las guías de cuidado preventivo del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE. UU. La cobertura y el reintegro pueden variar según la ley federal o estatal. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

Guías para mantener su salud

Visitas de bienestar del niño

Las visitas de bienestar del niño son un momento en el que su médico de cabecera evalúa el crecimiento y el desarrollo de su hijo. Todos los niños mayores de 3 años deben visitar a su PCP una vez al año, incluso si no se sienten enfermos. Es posible que los niños menores de 3 años necesiten más controles y vacunas. En estas visitas, su PCP realizará un examen completo y controlará la estatura, el peso, la vista y la audición. También le hará exámenes necesarios, como pruebas de habla y audición, y se le aplicarán vacunas. Estas visitas de rutina también son un excelente momento para que haga cualquier pregunta que tenga sobre la salud, la conducta y el bienestar general de su hijo.

Hable con su médico acerca de completar todas las vacunas y las pruebas de detección de plomo antes de que su hijo cumpla dos años y pregúntele si su hijo necesita otras pruebas o vacunas. Los temas de conversación pueden incluir los siguientes:

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

Calendario de controles

Es importante programar sus visitas de bienestar del niño para estas edades:

- 3 a 5 días
- Al mes
- 2 meses
- 4 meses
- 6 meses
- 9 meses
- 12 meses
- 15 meses
- 18 meses
- 24 meses
- 30 meses
- 3 años
- 4 años
- Una vez al año a partir de los 5 años

Exámenes de salud recomendados

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

Exámenes de salud: niños

Evaluación: Niños de 0 a 18 años

Exámenes anuales de bienestar	Fecha
Examen de bienestar del niño según la edad	
Vacunas según la edad (que pueden incluir la vacuna contra la COVID-19). Hable con el proveedor de su hijo sobre qué es lo adecuado para el niño.	
Evaluación del peso y asesoramiento sobre nutrición y actividad física para niños de 3 a 17 años	
Evaluaciones de uso de tabaco y sustancias para adolescentes	
Evaluaciones de salud conductual según la edad	
Prueba de presión arterial	
Una vez al año	
Vacuna contra la gripe	
Examen físico de rutina anual	
Antecedentes médicos para todos los niños durante todo su desarrollo	
Análisis de sangre para todos los niños	
Examen del desarrollo para niños menores de 5 años de edad	

Visitar a su proveedor de atención de la salud y a su proveedor dental

Según lo que recomendó el PCP de su hijo	Fecha
Examen de la vista	
Evaluación de la audición	
La prueba de detección de plomo debe completarse antes de los 2 años	
Barniz de fluoruro para todos los niños cuando ya tienen dientes	
Evaluación de riesgos de salud bucal. Consulte al dentista de su hijo 2 veces al año para limpieza y control.	
Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (Sexually Transmitted Infection, STI) para adolescentes	
Evaluaciones para la anemia	
Según sea necesario	
Atención de seguimiento para niños con una prescripción de medicamentos para el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH)	
Prueba de detección de obesidad y asesoramiento	
Pruebas para niños con alto riesgo de contraer tuberculosis	

Esta es una lista parcial de los servicios. No todos los niños necesitan todos los servicios que se identifican arriba. Esta es solo una lista recomendada de pruebas de detección. Su PCP debe proporcionarle información acerca del crecimiento, el desarrollo y la salud general de su hijo, y responder cualquier pregunta que usted pueda tener.

Visitar a su proveedor de atención de la salud y a su proveedor dental

Exámenes de salud: adultos

Guías sobre las normas preventivas: Adultos mayores de 18 años

Rango de edades recomendadas

Edad	18	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75
Prueba de detección												
Presión arterial, estatura y peso	En cada visita preventiva											
Obesidad	En cada visita											
Colesterol				Hombres: Cada 5 años								
Colesterol						Mujeres: Cada 5 años						
Prueba de detección de cáncer de cuello uterino	Anualmente a partir de los 18 años o la edad de actividad sexual, y cada tres años después de tres pruebas normales consecutivas											
Clamidia/gonorrea												
Mamografía					Mujeres: Cada año o dos							
Exámenes de detección del cáncer de próstata						Hombres: Según las indicaciones de su médico						
Cáncer colorrectal* (colonoscopia)						Según las indicaciones de su médico						
Osteoporosis									A los 65 años			
Consumo de alcohol, depresión	Periódicamente											

Cómo programar una cita con su PCP

Llame directamente al consultorio de su médico. El número debería aparecer en su tarjeta de identificación de miembro. Cuando llame para programar una cita, asegúrese de indicar al consultorio por qué necesita ver al médico de cabecera. Esta información le ayudará a asegurarse de recibir la atención adecuada que necesita, cuando la necesita. Si necesita servicios de intérpretes, indique esta información al consultorio del proveedor.

Cómo prepararse para la cita con el PCP

Antes de la visita

1. Acuda sabiendo lo que quiere obtener de la visita (alivio de los síntomas, ayuda para seleccionar a un especialista, información específica, etc.).
2. Tome nota de cualquier síntoma nuevo y cuándo comenzó.
3. Haga una lista de los medicamentos o las vitaminas que toma regularmente o traiga sus medicamentos a la cita.

Cuando haya hecho la cita

- Llegue al menos 15 minutos antes para registrarse y estar listo para su cita.
- Si no puede asistir a su cita, llame de inmediato al consultorio de su proveedor para cancelar la cita y que ese tiempo lo use otro paciente. Llame al consultorio de su médico o dentista si necesita cancelar una cita. Vuelva a programar la visita de control de su hijo o al médico lo antes posible para que usted y su hijo puedan mantenerse saludables.
- Recuerde llevar su tarjeta de identificación de miembro de UnitedHealthcare.

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

Durante la visita

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

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

Cómo elegir su proveedor de salud mental y tratamiento por consumo de sustancias

Llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**, para obtener ayuda para encontrar o cambiar un proveedor. Si consultó a un proveedor antes de ser miembro de UnitedHealthcare, verifique si este pertenece a nuestra red. Si está buscando un proveedor nuevo, considere elegir uno que esté cerca de su hogar o trabajo. Esto puede hacer que sea más fácil llegar a las citas.

Cómo programar una cita con su proveedor de tratamiento de la salud mental y por consumo de sustancias

Llame directamente al consultorio de su proveedor. Cuando llame para programar una cita, asegúrese de decirle al consultorio por qué necesita ver al proveedor. Esto le ayudará a asegurarse de recibir la atención que necesita, cuando la necesita. **No necesita un referido**. Si necesita servicios de intérpretes, indique esta información al consultorio del proveedor.

Servicios de NurseLine: su recurso de información sobre la salud durante las 24 horas

Cuando está enfermo o sufre una lesión, puede ser difícil tomar decisiones sobre su atención de la salud. Quizá no sepa si acudir a la sala de emergencias, ir a un centro de atención de urgencias, programar una cita con un proveedor o practicar cuidado personal. El experimentado personal de enfermería de NurseLine puede ofrecerle información para ayudarlo a tomar una decisión. Los servicios de intérpretes están disponibles cuando usted llama.

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

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

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

Visitar a su proveedor de atención de la salud y a su proveedor dental

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

Simplemente llame al número gratuito **1-877-543-4293**, TTY **711**. Puede llamar a la línea gratuita NurseLine en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Todos los años, 120 millones de personas visitan la sala de emergencias. Muchas de ellas podrían haber recibido ayuda más rápido si hubieran llamado a NurseLine.

- Consulte a su médico de cabecera para cualquier cosa que no sea una emergencia. Esto puede incluir enfermedades y lesiones o vacunas.
- Su médico de cabecera conoce su historial médico y puede brindarle la mejor atención para usted.
- Consulte a su médico para saber si atiende fuera del horario de consulta.
- Llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del Centro (de 6:00 a.m. a 6:00 p.m., hora de la Montaña), si necesita ayuda para encontrar un médico de cabecera.

Visite un centro de atención de urgencias si tiene algunos de estos problemas menores:

- Alergias
- Esguinces o distensiones
- Dolor de cabeza
- Infecciones de vejiga
- Infección por sinusitis
- Dolor de garganta
- Cortaduras o quemaduras menores
- Moretones
- Dolor de oídos
- Erupción
- Fiebre
- Tos o resfrío

Para obtener una lista de centros de atención de urgencias, llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**, o visite myuhc.com/CommunityPlan y haga clic en el botón “Find a Doctor” (Buscar un médico) en la página principal.

- NurseLine está disponible en cualquier momento, inclusive cuando el consultorio de su médico de cabecera está cerrado.
- Puede llamar a NurseLine para determinar si necesita ir a un centro de atención de urgencias, a la sala de emergencias o programar una cita con su médico de cabecera.
- Nuestro personal de enfermería también puede ayudarle con educación e información sobre cómo mantenerse sano.

Visitar a su proveedor de atención de la salud y a su proveedor dental

En caso de una emergencia con riesgo de vida, marque 911 de inmediato.

Una emergencia es una enfermedad o lesión repentina que pone en peligro su vida o que puede causarle daño si no se trata rápidamente.

Ejemplos de emergencias:

- Signos de un ataque cardíaco o accidente cerebrovascular
- Sangrado que no se detiene
- Quemaduras graves
- Pérdida del conocimiento
- Dificultad para respirar
- Sentir que podría lastimarse o lastimar a otra persona
- Problemas en el embarazo, como dolor o sangrado

Si va a la sala de emergencias, llame a su médico de cabecera tan pronto como pueda después de la visita para poder recibir atención de seguimiento.

Cobertura de salud telemental

Medicaid Managed Care de UnitedHealthcare Community Plan cubre los servicios de salud telemental. Significa el uso de tecnología electrónica para comunicarse. Se utiliza cuando usted y un proveedor no están en el mismo lugar.

La salud telemental implica:

- Una videoconferencia en directo con usted y un proveedor
- Una videoconferencia que cumple con los requisitos estatales y federales de privacidad y seguridad

Los servicios de salud telemental pueden estar cubiertos en una clínica, consultorio de PCP, hospital, centro médico o centro de salud mental. Los servicios de salud telemental también pueden estar cubiertos en su hogar.

Si necesita atención y el consultorio de su proveedor está cerrado

Llame a su PCP si necesita atención que no sea de emergencia. Su médico o el personal del consultorio le ayudarán a tomar la decisión adecuada para su atención. Su proveedor tendrá un servicio de respuesta para responder a las llamadas fuera del horario de atención.

Es posible que le digan que haga lo siguiente:

- Vaya a una clínica que brinde servicio fuera del horario de atención o a un centro de atención de urgencias
- Vaya al consultorio de su proveedor por la mañana
- Vaya a la sala de emergencias
- Consiga un medicamento en su farmacia

Referidos y especialistas

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

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

¿Qué sucede si necesito ver a un proveedor que no sea mi médico de cabecera de UnitedHealthcare Community Plan?

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

Visitar a su proveedor de atención de la salud y a su proveedor dental

Fuera de la red: si no hay proveedores dentro de la red para brindar un servicio cubierto médicamente necesario, el Plan coordinará servicios de un proveedor que no sea de la red. Estos servicios siempre requieren autorización previa.

Costo fuera de la red para el miembro: si se aprueba la atención de un proveedor que no sea de la red, el Plan establece el pago. El costo para el miembro no será superior al costo por los servicios de un proveedor de la red. Los servicios fuera de la red no aprobados carecen de cobertura.

Derecho del miembro a rechazar un tratamiento

Como miembro de nuestro plan de salud, tiene derecho a no someterse a un servicio médico, diagnóstico o tratamiento, o a no aceptar un servicio de salud proporcionado por UnitedHealthcare Community Plan. Esto incluye objeciones fundadas en motivos religiosos.

Credenciales de proveedores

Tiene derecho a recibir información sobre nuestros proveedores, incluida la capacitación, residencia finalizada, certificación y recertificación de la junta médica del proveedor. Para obtener esta información, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-641-1902** o al TTY **711** para personas con problemas de audición.

Plan de incentivos para proveedores

Tiene derecho a preguntar si tenemos arreglos económicos especiales con nuestros proveedores que pudieran afectar el uso de referidos y otros servicios que usted necesite. Para obtener esta información, llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902** o TTY **711** para personas con problemas de audición y solicite información sobre los acuerdos de pago de nuestro proveedor.

Acceso a la atención de los nativos americanos

Los miembros nativos americanos pueden acceder a atención en clínicas tribales y hospitales indios sin autorización previa.

Cómo obtener una segunda opinión

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

Autorizaciones previas

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

Tampoco necesita una autorización previa para recibir servicios de emergencia y tampoco la necesita para ver a un profesional de la salud de la mujer para recibir servicios de salud de la mujer o si está embarazada.

Es posible que se necesite una autorización previa

Estos son algunos de los servicios que necesitan autorización previa:

- Admisiones hospitalarias
- Servicios de atención de la salud en el hogar

Si tiene alguna pregunta con respecto a los servicios que pueden requerir una autorización previa, llame a Servicios para Miembros o a su PCP.

Continuidad de la atención si su PCP abandona la red

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

Si necesita atención cuando está fuera de la ciudad

Si está enfermo o lesionado, es posible que deba buscar atención mientras esté fuera de su casa y no pueda comunicarse con su médico.

La mayoría de las veces, es posible que tenga lesiones más pequeñas o enfermedades menores que no requieran una visita a la sala de emergencias. Una llamada a su médico debe ser su primera opción, lo conocen y pueden proporcionarle asesoramiento y una solución hasta que pueda visitarlo en su clínica. También pueden ayudarle a decidir si lo mejor para usted es que lo atiendan en un centro de atención de urgencias o si necesita acudir a la sala de emergencias. Si necesita atención de emergencia cuando esté fuera de la ciudad, vaya de inmediato a la sala de emergencias del hospital más cercano. Si necesita ir sin demora a la sala de emergencia, llame al 911. No tendrá que pagar los servicios de la sala de emergencias o de la ambulancia. No necesita una autorización de su PCP para ir a la sala de emergencias, pero debería llamar a su PCP tan pronto como pueda después de recibir los servicios en la sala de emergencias.

La atención de rutina incluye servicios que promueven una mejor salud a través de la prevención. Esto incluye exámenes físicos de rutina, exámenes e inmunizaciones para niños sanos, pruebas como Papanicolaou, mamografías o colonoscopias.

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

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

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

Sin cobertura médica ni dental fuera de los Estados Unidos

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

Transporte médico para casos que no sean de emergencia

El transporte médico está cubierto para ciertos servicios de atención de la salud. Si no tiene otra forma de ir al médico, vive en una zona sin transporte público, o no puede utilizarlo debido a una afección de salud o a una discapacidad, llame a Servicios de Transporte al 1-833-583-5683 (TTY: 1-866-288-3133). Su traslado será cómodo y seguro.

Los Servicios de Transporte médico para casos que no sean de emergencia están disponibles para los miembros elegibles de UnitedHealthcare Medicaid sin otros recursos de transporte. Los miembros pueden recibir transporte para acudir a recibir los servicios cubiertos por Medicaid, incluidos, entre otros, servicios dentales, de farmacia y de la vista. Los Servicios de Transporte están disponibles para las instalaciones cubiertas por Nebraska Medicaid más cercanas dentro de un radio de 10 millas de la casa del miembro, capaces de satisfacer las necesidades médicas del miembro y dispuestos a aceptar al miembro como paciente, a menos que UnitedHealthcare haya exento o aprobado lo contrario, siempre que el miembro haya cumplido uno de los siguientes criterios:

- No posee o no tiene acceso a un vehículo con licencia de trabajo.
- No tiene una licencia de conducir vigente.
- Es incapaz de conducir debido a una limitación física, cognitiva o del desarrollo documentada.
- Es incapaz de trasladarse o esperar por sí solo debido a una limitación física, cognitiva o del desarrollo documentada.
- No puede asegurar el transporte gratuito.

Es fácil programar un traslado

Llame a Servicios de Transporte al 1-833-583-5683 (TTY 1-866-288-3133) de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del Centro (de 6:00 a.m. a 6:00 p.m., hora de la Montaña) o visite [ModivCare.com](https://www.modivcare.com).

Los traslados se pueden programar con al menos 30 días de anticipación y no más tarde de tres días hábiles antes de su cita. Los viajes para recibir atención de urgencia y otros tipos de viajes urgentes, como para realizar diálisis o quimioterapia, pueden programarse el mismo día.

Visitar a su proveedor de atención de la salud y a su proveedor dental

Preguntas que se le harán cuando programe un traslado

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

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

- Nombre y apellido
- Número de identificación de miembro
- Fecha de nacimiento
- Dirección particular

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

- ¿Puede caminar por su cuenta?
- ¿Utilizará un bastón o un andador?
- ¿Usa silla de ruedas?
- ¿Tiene un teléfono celular?
- ¿Viajará un acompañante con usted? (Los acompañantes deben tener 18 años o más para viajar con usted).

También deberá tener a mano estos detalles sobre su cita cuando llame:

- Dirección de la cita
- Nombre y número de teléfono del médico
- Propósito de la cita
- Hora de la cita

Cuando llega el momento de su traslado

- Es importante estar listo y esperando su traslado a la hora de recogida programada.
- Es posible que reciba una llamada del conductor o de un representante del centro de llamadas. Es importante que responda a las llamadas de cualquier número desconocido en este momento.
- Si el transporte no llega a tiempo, llame a Servicios de Transporte al 1-833-583-5683 (TTY 1-866-288-3133)
- Si no está seguro de cuánto tardará su cita, el traslado de regreso se programará como “Llamar para recoger”. Eso significa que debe llamar a Servicios de Transporte cuando esté listo para irse a casa al 1-833-583-5683 (TTY 1-866-288-3133).
- Si tiene un plazo de tiempo establecido y está seguro de que habrá terminado en un horario específico, puede establecer una hora para que el transporte lo esté esperando una vez que usted haya terminado. Si el transporte no está allí a esa hora establecida, llame al 1-833-583-5683 (TTY 1-866-288-3133).

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

Cancelaciones, cambios y otro tipo de apoyo

Cancelaciones

Los traslados se deben cancelar al menos 24 horas antes del transporte programado, siempre que sea posible. Si necesita cancelar su traslado, comuníquese con Servicios de Transporte para que pueda coordinar con el proveedor de transporte asignado.

Cambios

Hay ocasiones en las que deberá actualizar los detalles de su traslado, como hacia dónde va o a qué hora necesita que lo recojan. Si necesita realizar cambios, comuníquese con Servicios de Transporte.

Recuerde que, si no actualiza su traslado con Servicios de Transporte, no se informará al conductor y este no podrá atender su solicitud.

Otro apoyo

Los Servicios de Transporte están disponibles para ayudarle. Es importante que se comunique con ellos en relación con su transporte. A continuación, se mencionan algunos de los asuntos en los que pueden ayudarle:

- Programación de un nuevo traslado
- Informe de problemas con su transporte
- Impuntualidad del transporte
- Está listo para volver a casa y necesita un traslado de vuelta
- Preguntas generales sobre el beneficio de transporte

Transporte en autobús

Se le pedirá que tome el autobús si no tiene discapacidades físicas y si:

- Vive a menos de media milla de una parada de autobús.
- Su cita tendrá lugar a menos de media milla de la parada de autobús.

Visitar a su proveedor de atención de la salud y a su proveedor dental

Otra información

Pasajero adicional: solo se permite un pasajero adicional con documentación de necesidad médica de un acompañante del paciente por parte de un médico. El pasajero debe tener 18 años de edad o más. Los niños de 0 a 18 años deben estar acompañados por un adulto legalmente responsable de 19 años o más y no pueden reservar servicios de transporte en su propio nombre. Si un adulto joven es emancipado, este es su propio tutor legal y no debería haber ningún problema.

Asientos infantiles y sillas de ruedas: debe llevar su asiento infantil o silla de ruedas. El proveedor rechazará el transporte de niños de hasta 6 años si el asiento infantil no está disponible al momento de la recogida.

Límites de la cantidad de viajes: la cantidad de viajes es ilimitada.

Servicio de acera a acera: los conductores no ingresan a la casa o al centro de atención de la salud.

Quejas: si tiene una queja sobre los servicios de transporte, llame a Servicios de Transporte al 1-833-583-5683, TTY 1-866-288-3133.

Spanish:

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

Arabic:

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

Vietnamese:

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

French:

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

Burmese:

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

Hospitales, centros de salud y emergencias

Atención de emergencia

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

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

UnitedHealthcare Community Plan cubre la atención de emergencia que reciba en los Estados Unidos. Dentro de las 24 horas posteriores a su visita, llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del Centro, (de 6:00 a.m. a 6:00 p.m., hora de la Montaña). Si es necesario, también debería llamar a su PCP e informarle sobre su visita para que puedan brindarle atención de seguimiento.

¡No espere!

Si necesita atención de emergencia, llame al 911 o diríjase al hospital más cercano.

Servicios hospitalarios

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

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

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

Los servicios para pacientes internados requieren que sea admitido (lo que se denomina admisión hospitalaria) en el hospital. El hospital se pondrá en contacto con UnitedHealthcare Community Plan y pedirá autorización para su atención. Si el médico que lo admite en el hospital no es su PCP, debe llamar a su PCP y comunicarle que será admitido en el hospital.

Servicios de atención posteriores a la estabilización

Los servicios posteriores a la estabilización están relacionados con una afección médica de emergencia que se proporciona después de que se lo estabilice para mantener, mejorar o resolver su afección. Según la necesidad, podría ser tratado en la sala de emergencias, en un hospital o en otro entorno. Usted no es responsable financieramente de estos servicios.

La atención posterior a la estabilización está cubierta si:

1. Tiene una autorización previa aprobada de un proveedor de la red.
2. UnitedHealthcare no responde en un plazo de una (1) hora a la solicitud de una autorización previa de un proveedor que no pertenece a la red.
3. UnitedHealthcare no pudo ser contactado durante el horario normal de atención para solicitar una autorización previa.
4. UnitedHealthcare y el médico responsable del tratamiento no pueden llegar a un acuerdo sobre su atención y no hay un médico de la red disponible para su revisión.

Seguirá recibiendo atención posterior a la estabilización hasta que se cumpla una de las siguientes condiciones:

1. Un médico del plan en el lugar de atención asume la responsabilidad de su atención.
2. Un médico del plan asume la responsabilidad de su atención trasladándolo a otro lugar de atención.
3. Alguien del plan de salud y el médico responsable del tratamiento llegan a un acuerdo sobre su atención.
4. Se le da el alta del lugar donde recibe tratamiento.

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

Atención de urgencia

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

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

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

Planificar con antelación

Es bueno saber qué clínica de atención de urgencia está más cerca de usted. Puede encontrar una lista de clínicas de atención de urgencia en myuhc.com/CommunityPlan o en su Directorio de proveedores. Puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del Centro (de 6:00 a.m. a 6:00 p.m., hora de la Montaña).

Beneficios y servicios: salud física

Beneficios cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, tiene cobertura para los siguientes servicios. (Recuerde mostrar siempre su tarjeta de identificación de miembro actual cuando reciba servicios. Esto confirma su cobertura). Si el proveedor le dice que UnitedHealthcare no cubre un servicio y aun así quiere recibirlo, usted podrá ser responsable del pago. Siempre puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**, para realizar preguntas sobre beneficios.

Tenga en cuenta lo siguiente: Usted no paga nada por los servicios cubiertos.

Beneficio	Cobertura
Atención infantil	
Vacunas para el bebé y refuerzos de las vacunas	Con cobertura
Servicios de Evaluación, diagnóstico y tratamiento periódicos y tempranos (EPSDT)	Con cobertura para todos los niños y jóvenes hasta los 21 años. Incluye exámenes periódicos, evaluaciones multidisciplinarias y tratamiento en niños con discapacidades o retrasos significativos en el desarrollo. Las clases de parto están cubiertas para miembros de hasta 21 años.
Inmunizaciones y vacunas	Con cobertura
Prueba de detección de plomo	Con cobertura Las pruebas de detección de plomo pueden realizarse en el consultorio del médico o en el departamento de salud local.

Beneficio	Cobertura
Atención infantil (continuación)	
Atención para el recién nacido	Con cobertura
Visitas al consultorio	Se cubren las visitas de bienestar del niño, las visitas de rutina y las visitas por enfermedad.
Atención para el bienestar del bebé y controles de salud	Con cobertura
Cuidado de la mujer	
Abortos	<p>Sin cobertura</p> <p>Los servicios de interrupción del embarazo no son un beneficio cubierto, excepto en casos para preservar la vida de la mujer. En este caso, los médicos o proveedores deberán seguir los procedimientos del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, DHHS) de Nebraska y los procedimientos de consentimiento para el aborto. Los servicios de interrupción del embarazo permitidos no requieren un referido del médico de cabecera del paciente. Las pacientes deben utilizar la red de médicos y proveedores.</p> <p>Si se necesita una interrupción del embarazo para preservar la vida de la madre, el médico debe solicitar la autorización previa de la División de Medicaid antes de proceder con la interrupción del embarazo. En caso de que se apruebe la autorización previa utilizando las guías del DHHS de Nebraska, se efectuará el reembolso tras la presentación de la documentación que refleje la aprobación del procedimiento por parte del DHHS de Nebraska.</p>
Procedimientos anticonceptivos (que se realizan en el consultorio)	Con cobertura
Sacaleches	Con cobertura
Cirugía de reconstrucción de senos después de una mastectomía	<p>Con cobertura cuando la solicita un proveedor de la red.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
Métodos de planificación familiar (con receta y sin receta)	Con cobertura

Beneficios y servicios: salud física

Beneficio	Cobertura
Cuidado de la mujer (continuación)	
Servicios de planificación familiar	Con cobertura Las miembros mujeres inscritas podrán elegir proveedores de servicios de planificación familiar.
Exámenes femeninos: anualmente	Con cobertura
Tratamientos de infertilidad	Sin cobertura
Asesoramiento sobre lactancia	El asesoramiento sobre lactancia será un beneficio disponible para los bebés que nacen hasta 90 días después del nacimiento y para las personas de hasta 21 años cuando sea médicamente necesario. Hay un límite de cinco sesiones de asesoramiento por niño y cada sesión puede durar hasta noventa minutos. Lo proporcionan médicos, enfermeros practicantes, asistentes médicos, parteras y enfermeros registrados que están certificados como consultores en lactancia certificados por la Junta Internacional.
Mamografías	Con cobertura
Enfermera partera	Con cobertura
Servicios de nutrición	Los servicios de nutrición estarán disponibles para adultos y niños por un terapeuta de nutrición médica con licencia (licensed medical nutrition therapist, LMNT) cuando los indique un médico o enfermero practicante. Para adultos, el servicio debe indicarse para tratar la diabetes tipo I o tipo II, nefropatía o un riñón trasplantado en los últimos 36 meses. Para los jóvenes, el tratamiento se proporciona cuando un joven está en riesgo debido a una necesidad nutricional que afecta la salud o la afección médica.
Cuidados obstétricos y de maternidad	Con cobertura
Prueba de Papanicolaou	Con cobertura

Beneficio	Cobertura
Cuidado de la mujer (continuación)	
Atención durante el embarazo	Con cobertura Incluye una estadía mínima de 48 horas en un hospital, luego de un parto vaginal y de 96 horas luego de un parto por cesárea, salvo que la madre solicite el alta temprana. También incluye cuidados posparto y servicios de lactancia. Los sacaleches están cubiertos.
Esterilización	Con cobertura
Cuidado de bienestar para mujeres	Con cobertura
Atención hospitalaria de emergencia y urgencia	
Ambulancia	Con cobertura, si es necesario para una emergencia. El transporte de ambulancias médicas que no sean de emergencia está cubierto cuando se lo recomiende su proveedor.
Servicios de la sala de emergencias	Con cobertura
Transporte en casos de emergencia	Con cobertura
Atención hospitalaria	Con cobertura Se requiere autorización previa. Habitación doble, cirugía ambulatoria, estancia hospitalaria, análisis de sangre y radiografías, rehabilitación aguda y de pacientes internados y sala de emergencias.
Habitaciones privadas de hospital	Sin cobertura a menos que sea médicamente necesario.
Atención especializada (visitas al consultorio)	Con cobertura

Beneficios y servicios: salud física

Beneficio	Cobertura
Atención para pacientes ambulatorios	
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (incluye terapia física, ocupacional, auditiva, respiratoria y del lenguaje)	Con cobertura cuando la solicita un proveedor de la red. Incluye servicios cubiertos que se brindan en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios.
Pruebas por imágenes en pacientes ambulatorios	Con cobertura
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios (cardíacos, físicos, ocupacionales y del habla)	Con cobertura cuando la solicita un proveedor de la red. Se requiere autorización previa. En el caso de los adultos, solo se cubre un cierto número de visitas al año.
Cirugía	
Cirugía Ambulatoria	Con cobertura cuando la solicita un proveedor de la red.
Cirugía (ambulatoria, de emergencia, a pacientes internados, reconstructiva)	Con cobertura cuando la solicita un proveedor de la red. Es posible que necesite autorización previa. La cirugía de emergencia está cubierta. Se cubren las segundas opiniones quirúrgicas.

Beneficio	Cobertura
Centro para pacientes terminales	
Atención para enfermos terminales	Los servicios para pacientes terminales están cubiertos cuando los solicita un médico. Se requiere autorización previa.
Otros programas y cuidados cubiertos	
Atención de alergias	Con cobertura
Prótesis de extremidades	Con cobertura cuando las solicita un médico de la red. Es posible que necesite autorización previa.
Cuidado del asma	Con cobertura
Suministros de audiolología	Con cobertura cuando los solicita un médico de la red.
Atención quiropráctica	<p>Servicios cubiertos Medicaid limita la cobertura de servicios quiroprácticos a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> (i) Determinadas radiografías de columna (ii) Manipulación manual de la columna vertebral (iii) Servicios de evaluación y gestión (iv) Tracción (v) Estimulación eléctrica (vi) Ultrasonido (vii) Ciertos procedimientos terapéuticos, actividades y técnicas diseñadas e implementadas para mejorar, desarrollar o mantener la función del área tratada <p>Es posible que se requiera una autorización previa.</p>
Monitores continuos de glucosa (MCG)	El MCG está cubierto cuando es médicamente necesario para controlar la diabetes y lo solicita un proveedor de la red. Se requiere autorización previa.

Beneficios y servicios: salud física

Beneficio	Cobertura
Otros programas y cuidados cubiertos (continuación)	
Atención dental	<p>Servicios cubiertos: Controles de rutina, tratamientos con flúor, radiografías y limpiezas.</p> <p>Para niños de 20 años o menos, adultos de 21 años o más, toda persona ciega o discapacitada.</p> <p>Evaluación bucal periódica:</p> <ul style="list-style-type: none">• La evaluación bucal periódica está cubierta una vez cada 180 días por cliente. <p>Profilaxis. Servicios preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Para clientes menores de 13 años: la profilaxis está cubierta una vez cada 180 días.• Para clientes mayores de 14 años: la profilaxis está cubierta una vez cada 180 días y se factura como profilaxis para adultos. <p>Evaluación bucal limitada:</p> <p>La evaluación bucal se limita a dos veces en un período de un año para cada cliente y para el tratamiento de un problema o una queja de salud bucal específicos. Se requiere documentación que especifique la necesidad médica.</p> <p>Evaluación bucal completa:</p> <p>El beneficio se limita a una evaluación por período de tres años por cliente, por proveedor y por ubicación.</p> <p>Evaluación periodontal integral:</p> <p>El beneficio se limita a una evaluación por período de tres años por cliente.</p> <p>Los empastes, las extracciones, las evaluaciones bucales limitadas, las coronas, las dentaduras postizas parciales, las dentaduras postizas completas, la cirugía oral y la ortodoncia (menores de 20 años) pueden estar cubiertas si su proveedor documenta la necesidad médica.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Beneficio	Cobertura
Otros programas y cuidados cubiertos (continuación)	
Diabetes	<p>Con cobertura</p> <p>Comuníquese con su coordinador de atención llamando a Servicios para Miembros al 1-800-641-1902, TTY 711.</p>
Equipos médicos duraderos (Durable Medical Equipment, DME)	<p>Con cobertura cuando los solicita un proveedor de la red que es un M.D., D.O. o D.P.M. Incluye implantes quirúrgicos, dispositivos protésicos, dispositivos ortopédicos, tecnología de asistencia y suministros médicos cubiertos por el programa de Asistencia Médica.</p> <p>Algunos equipos pueden necesitar autorización previa.</p>
Procedimientos experimentales	<p>Sin cobertura, salvo cuando un estado ordene la cobertura.</p>
Audífonos	<p>Cubiertos cuando los solicita un proveedor de la red que es un M.D. o D.O.</p> <p>Se aplica un límite de uno cada cuatro años para mayores de 21 años. Las pilas y los accesorios médicamente necesarios están cubiertos.</p> <p>Es posible que se necesite una autorización previa.</p>
Pruebas auditivas	<p>Con cobertura</p>
Servicios y terapia de atención de la salud en el hogar	<p>Con cobertura cuando los indica un médico dentro de la red.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
Infusión	<p>El servicio y la coordinación de enfermería están cubiertos, pero pueden necesitar autorización previa.</p>
Intérpretes	<p>Llame a Servicios para Miembros al 1-800-641-1902, TTY 711.</p>
Pruebas de laboratorio	<p>Con cobertura cuando la solicita un proveedor de la red.</p>
Equipos/suministros médicos	<p>Con cobertura cuando los solicita un proveedor de la red que es un M.D., D.O. o D.P.M.</p> <p>Es posible que se necesite una autorización previa.</p>

Beneficios y servicios: salud física

Beneficio	Cobertura
Otros programas y cuidados cubiertos (continuación)	
Servicios de salud mental y consumo de sustancias (para pacientes internados y ambulatorios)	Con cobertura Es posible que se necesite una autorización previa.
Transporte médico para casos que no sean de emergencia	Comuníquese con Servicios de Transporte al 1-833-583-5683 (TTY 1-866-288-3133). Para obtener más información, consulte la página 47.
Residencias para ancianos (centros de enfermería especializada)	La rehabilitación a corto plazo está cubierta cuando la solicita un proveedor de la red. Se requiere autorización previa.
Suplementos nutricionales	Con cobertura cuando la solicita un proveedor de la red. Es posible que se necesite una autorización previa.
Terapia ocupacional	Con cobertura cuando la solicita un proveedor de la red. 60 visitas combinadas (fisioterapia, terapia ocupacional y del habla) por año calendario para miembros de 21 años o más. Se requiere autorización previa.
Visitas al consultorio	Con cobertura
Medicamentos de venta libre	Con cobertura con una receta de su profesional de la salud.
Farmacia	Con cobertura Es posible que aún se apliquen copagos de Medicare y otros seguros. Su plan cubre una extensa lista de medicamentos o medicamentos con receta. Los medicamentos cubiertos se muestran en la Lista de medicamentos preferidos del plan. Los medicamentos con receta de marca no preferidos tienen un copago de \$3.

Beneficios y servicios: salud física

Beneficio	Cobertura
Otros programas y cuidados cubiertos (continuación)	
Fisioterapia	<p>Cubierta cuando los servicios son solicitados por un médico con licencia dentro de la red.</p> <p>60 visitas combinadas (fisioterapia, terapia ocupacional y del habla) por año calendario para miembros de 21 años o más.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
Servicios de médicos	<p>Con cobertura Cubre anestesia para cirugía dental y oral, lo que incluye la articulación temporomandibular. Hasta 1 visita anual y 5 visitas ginecológicas anuales a un proveedor de la red para recibir servicios de planificación familiar (cubiertos sin un referido de un PCP). Las inmunizaciones y vacunas están cubiertas.</p>
Atención de podiatría (para pies)	<p>Cuidado de rutina de los pies, servicios médicos y quirúrgicos de un podólogo cubierto, cuando lo solicite un proveedor de la red.</p>
Servicios de atención posteriores a la estabilización	<p>Con cobertura cuando se relaciona con una afección médica de emergencia, los cuales son brindados luego de que se estabiliza la afección.</p>
Servicios de enfermería privada	<p>Con cobertura si son médicamente necesarios y solicitados por un proveedor de la red.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
Visitas del proveedor en el hospital	<p>Con cobertura</p>
Servicios de centros de salud escolares	<p>Con cobertura en todos los centros designados.</p> <p>Servicios limitados a beneficios cubiertos.</p>
Servicios de otros profesionales	<p>Con cobertura</p> <p>Profesionales, incluidos los profesionales de enfermería, asistentes de médicos, trabajadores sociales, dietistas con licencia, psicólogos y parteras certificadas. Los proveedores deben estar certificados por Nebraska Medicaid. En algunos casos, su médico de cabecera debe referirlo a estos proveedores.</p>

Beneficios y servicios: salud física

Beneficio	Cobertura
Otros programas y cuidados cubiertos (continuación)	
Servicios fuera de Nebraska	Sin cobertura, salvo que los proporcione un proveedor de la red o si un beneficio cubierto no se encuentra disponible dentro de la red. Los servicios de emergencia están cubiertos en todo Estados Unidos. Es posible que necesite autorización previa.
Servicios prestados fuera de los Estados Unidos	Sin cobertura
Centro de enfermería especializada	Con cobertura cuando la solicita un proveedor de la red. Se requiere autorización previa.
Asesoramiento para dejar de fumar	Con cobertura cuando se inscribe en la Línea para dejar de fumar de Nebraska. Llame a la Línea para dejar de fumar de Nebraska al 1-800-784-8669. No necesita un referido de su PCP.
Terapia del habla	Cubierta cuando los servicios son solicitados por un médico con licencia dentro de la red. 60 visitas combinadas (fisioterapia, terapia ocupacional y del habla) por año calendario para miembros de 21 años o más. Se requiere autorización previa.
Pruebas (de diagnóstico)	Análisis de laboratorio (de sangre y de orina, etc.), radiografías y otras pruebas de diagnóstico cuando las solicita un proveedor de la red.
Servicios de trasplante	Con cobertura cuando los solicita un médico de la red. Se requiere autorización previa.

Beneficio	Cobertura
Otros programas y cuidados cubiertos (continuación)	
Atención de la vista	<p>Exámenes oftalmológicos:</p> <p>Destinatarios de 20 años o menos. Los exámenes oftalmológicos se limitan a una vez cada 12 meses. Se cubrirán exámenes oftalmológicos más frecuentes cuando sea médicamente necesario y apropiado para diagnosticar o tratar una enfermedad, síntoma, queja o lesión ocular específica.</p> <p>Destinatarios de 21 años o más. Los exámenes oftalmológicos se limitan a una vez cada 24 meses. Se cubrirán exámenes oftalmológicos más frecuentes cuando sea médicamente necesario y apropiado para diagnosticar o tratar una enfermedad, síntoma, queja o lesión ocular específica.</p> <p>Marcos:</p> <p>Destinatarios de 20 años o menos. Los marcos de las gafas se limitan a una vez cada 12 meses. Los marcos de las gafas se cubren con más frecuencia si es médicamente necesario.</p> <p>Destinatarios de 21 años o más. Los marcos de las gafas se limitan a una vez cada 24 meses. Se permite la sustitución de marcos que son irreparables debido a rotura o pérdida una vez más por período de cobertura.</p>

Beneficios y servicios no cubiertos

Estos servicios no están cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan:

- Cualquier servicio de atención de la salud no brindado por un proveedor de nuestra lista de proveedores dentro de la red (salvo el acceso de un nativo americano a la atención, a un tratamiento de emergencia y a los servicios de planificación familiar)
- Cualquier atención que no cubra Nebraska Medicaid
- Cualquier atención que cubra Medicaid, pero no a través de la atención de la salud administrada; comuníquese con la Línea de información de Medicaid al 1-877-255-3092 para servicios tales como:
 - Servicios de atención a largo plazo/en centros de enfermería
 - Centros de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales/de desarrollo
 - Exención para servicios domiciliarios y comunitarios
 - Servicios institucionales de atención a largo plazo/enfermería (long-term care, LTC/nursing facility, NF) en nivel de atención de custodia
 - Servicios en la escuela
 - Servicios de asistencia personal de Nebraska Medicaid
- Teléfonos y televisores que se usen durante su estancia en el hospital
- Artículos para comodidad personal que se usen durante la estancia en el hospital, como un peluquero
- Lentes de contacto, a menos que se usen para tratar enfermedades de los ojos
- Anteojos para sol y lentes fotocromáticas
- Ambulancia, a menos que sea médicamente necesaria
- Servicios de tratamiento de la infertilidad
- Procedimientos dentales estéticos

Beneficios y servicios: tratamiento de la salud mental y por consumo de sustancias

Beneficios de tratamiento de la salud mental y por consumo de sustancias cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, usted está cubierto para el tratamiento de la salud mental y por consumo de sustancias. Recuerde mostrar siempre su tarjeta de identificación actual de miembro de UnitedHealthcare cuando reciba servicios. Esto confirma su cobertura. Si el proveedor le dice que UnitedHealthcare no cubre un servicio y aun así quiere recibirlo, usted podrá ser responsable del pago. Siempre puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**, para realizar preguntas sobre beneficios. La cantidad y la duración de los servicios proporcionados se basarán en sus necesidades y en la necesidad médica. Los servicios pueden proporcionarse en el consultorio de un proveedor, en su hogar o en la comunidad.

Algunos servicios requieren autorización previa. Esto significa que su proveedor debe comunicarse con nosotros antes de brindar el servicio. Su proveedor coordinará los referidos con otros médicos. No necesita una autorización para el servicio de emergencia. Se nos notificará sobre hospitalizaciones por salud mental y consumo de sustancias. De esa manera, podemos ayudar con la planificación y coordinación del alta. Su proveedor puede solicitar una autorización llamando a la Línea de salud conductual.

¿Qué es un proveedor de servicios de salud mental y de tratamiento por consumo de sustancias?

Un proveedor de servicios de salud mental y de tratamiento por consumo de sustancias es una persona con licencia (o certificada de otro modo) especializada en salud mental y el tratamiento por consumo de sustancias, consejero para trastornos por consumo de sustancias, médico, psiquiatra, personal de enfermería especializado en psiquiatría, psicólogo, trabajador social clínico con licencia, otros consejeros profesionales, especialista en rehabilitación psicosocial con licencia, administrador de casos, analista del comportamiento con certificación de la Junta o miembro del personal de apoyo de pares. Esta persona puede brindarle apoyo al ayudarlo a crear y cumplir su plan de recuperación, y al trabajar con usted antes y después de una crisis. También puede conectarlo con otros servicios comunitarios.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan 67
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

Recuperación y resiliencia

La recuperación es un proceso de curación que permite a una persona vivir una vida significativa en una comunidad de su elección. Significa esforzarse por alcanzar todo su potencial. La resiliencia es nuestra propia capacidad de recuperarnos luego de enfrentarnos a los obstáculos de la vida. Los grupos de pares pueden ser valiosos para eso. Utilice los recursos de esta sección para explorar la vida en recuperación y las estrategias para ayudarle a recuperarse y tener éxito. También podemos ayudarle a referirlo a un especialista de apoyo entre pares.

¿Qué es un especialista de apoyo entre pares?

Un especialista de apoyo entre pares es alguien que ha vivido con problemas de salud mental o por consumo de sustancias. Además, ha recibido formación para proporcionarle el apoyo que pueda necesitar. Su especialista de apoyo entre pares lo conocerá y le ayudará con sus objetivos personales.

Los especialistas de apoyo entre pares son personas que gestionan con éxito su recuperación, por lo que entienden lo que se siente y pueden ayudarle de formas que los demás no podrán hacerlo. Los especialistas de apoyo de pares proporcionan apoyo y ánimo. Su objetivo es ayudarle a volver a su comunidad.

¿Qué son los servicios de asistencia entre pares?

Los servicios de apoyo de pares son una forma de servicios de apoyo comunitario destinados a ayudar a los adultos y jóvenes con afecciones de salud mental y en tratamiento por consumo de sustancias a sentirse empoderados y comprometidos con su recuperación. También ayudan a los padres de niños con problemas de salud mental y de tratamiento por consumo de sustancias a navegar por el sistema de atención de la salud y a apoyar mejor a sus hijos.

- Realizado por un especialista de pares certificado, un especialista de apoyo entre pares o un socio de apoyo entre padres que tiene capacitación especial y experiencia en vivir con una enfermedad mental grave y recuperarse o en ayudar a su propio hijo

Los servicios pueden incluir lo siguiente:

- Asesoramiento para navegar a través del sistema de atención de la salud y comprometerse con la recuperación
- Asistencia para acceder a servicios de apoyo clínico y comunitario
- Ayuda con el desarrollo de un plan de acción de recuperación del bienestar, una directriz anticipada, un plan de recuperación o un plan para el manejo de la recidiva (Why Now para ingresos frecuentes)
- Activar a los miembros en su propio cuidado a través de la enseñanza y el aliento para el uso de herramientas, recursos y servicios de apoyo
- Apoyar a los padres, involucrar a los miembros de la familia
- Ayudar al miembro a crear capital y objetivos de recuperación

Beneficios y servicios: tratamiento de la salud mental y por consumo de sustancias

Los servicios de apoyo de pares complementan los servicios de tratamiento de salud mental y por consumo de sustancias del miembro. Su profesional de la salud mental puede ofrecerle servicios de apoyo de pares. Los pares que proporcionan este apoyo están capacitados para ser pares especialistas. Tienen habilidades especiales, información y formas de ayudarlo. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**, para saber qué asistencia de pares tiene a su disposición. El uso de este servicio no tiene costo alguno.

Una buena forma de aprender es conectarse con personas que ofrecen apoyo de pares. También puede hacer lo siguiente:

- Pida más información a su proveedor de salud mental.
- Utilice Internet para buscar la información que desea
- Llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

También hay recursos en línea y grupos de apoyo presenciales

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

Este recurso en línea para los miembros de UnitedHealthcare Community Plan tiene muchas herramientas y recursos de recuperación. Es una excelente tienda integral para comenzar su viaje hacia la salud y el bienestar.

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

Beneficios y servicios: tratamiento de la salud mental y por consumo de sustancias

Proveedor	Definición
Psiquiatra	<p>Un psiquiatra es un médico que se especializa en el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de problemas emocionales y de salud mental, y que puede recetar medicamentos.</p>
Personal de enfermería practicante/APRNS en salud mental/psiquiatría	<p>El personal de enfermería practicante o de práctica avanzada (Advanced Practice Registered Nurse, APRN) de salud mental/psiquiatría proporciona un amplio rango de servicios a adultos, niños, adolescentes y sus familias, incluida la evaluación y el diagnóstico, recetas de medicamentos y la provisión de terapia para personas con trastornos psiquiátricos o problemas de consumo de sustancias.</p>
Psicólogo	<p>Los psicólogos practicantes están capacitados para administrar e interpretar una serie de pruebas y evaluaciones que pueden ayudar a diagnosticar una afección o brindar más información sobre la forma en que una persona piensa, siente y se comporta. Los psicólogos también pueden proporcionar terapia de conversación.</p>
Personal de enfermería de salud mental/psiquiatría	<p>El personal de enfermería de salud mental/psiquiatría proporciona una amplia gama de servicios psiquiátricos y médicos, lo que incluye evaluación y tratamiento de enfermedades psiquiátricas, tratamiento de casos y terapia de conversación.</p>
Profesional de salud mental independiente con licencia (LIMHP) <ul style="list-style-type: none"> • Trabajador social clínico matriculado • Asesor profesional con licencia • Terapeuta de matrimonio y familia con licencia 	<p>Los profesionales de la salud mental independientes con licencia (Licensed Independent Mental Health Professionals, LIMHP) pueden proporcionar administración de casos, servicios de planificación de alta hospitalaria, servicios de colocación y una variedad de otros servicios de necesidades de la vida diaria para las personas. Los LIMHP también pueden proporcionar evaluación y tratamiento de enfermedades psiquiátricas, lo que incluye terapia de conversación. Pueden proporcionar servicios que incluyen la evaluación y el diagnóstico de afecciones de salud mental, así como proporcionar terapia individual, familiar o grupal.</p>

Beneficios y servicios: tratamiento de la salud mental y por consumo de sustancias

Proveedor	Definición
Asistente médico	Los asistentes médicos, también conocidos como PA (physician assistants), practican la medicina en un equipo bajo la supervisión de médicos. Están capacitados formalmente para examinar a los pacientes, diagnosticar lesiones y enfermedades, recetar medicamentos, ordenar e interpretar pruebas diagnósticas, referir a los pacientes a los especialistas según sea necesario y proporcionarles tratamiento.
Coordinadores clínicos	Los coordinadores clínicos sirven para ayudar a los miembros a lograr el bienestar y la autonomía a través de la defensa, la comunicación, la educación, la identificación de recursos de servicio y la facilitación de servicios.
Asesor de adicciones	Los asesores de adicciones aconsejan a las personas con problemas de alcohol, tabaco, drogas u otros problemas, como ludopatías. Pueden asesorar a personas, familias o grupos, o participar en programas de prevención.
Especialista de apoyo entre pares	Un servicio proporcionado por un especialista certificado (que ha vivido la experiencia y ha recibido servicios de tratamiento de salud mental y por consumo de sustancias) para ayudarle a aprender a manejar las dificultades de su vida.

Servicios de tratamiento de la salud mental y por consumo de sustancias cubiertos

Servicio	Definición de servicio	Requisito de autorización
Manejo farmacológico (todas las edades)	Un médico o un miembro del personal de enfermería se reúne con usted para hablar sobre los medicamentos que está tomando y solicita las nuevas recetas que pueda necesitar.	No
Servicios para pacientes ambulatorios	Terapia de conversación ambulatoria individual, familiar, grupal, y evaluación y valoración de la salud mental	No
Servicios de apoyo de pares	Un servicio proporcionado por un especialista certificado (que ha vivido la experiencia y ha recibido servicios de tratamiento de salud mental y por consumo de sustancias) para ayudarlo a aprender a manejar las dificultades de su vida.	No
Terapia multisistémica (MST)	La terapia multisistémica (Multi-systemic therapy, MST) proporciona tratamiento intensivo en el hogar/familiar y comunitario a jóvenes que están en riesgo de ser colocados fuera del hogar o que regresan tras la colocación fuera del hogar.	No
Terapia funcional familiar (FFT)	Los servicios de terapia funcional familiar (Functional Family Therapy, FFT) están dirigidos a jóvenes de entre 10 y 18 años de edad que demuestren principalmente comportamientos externalizantes o en riesgo de desarrollar comportamientos más graves, que afecten el funcionamiento familiar.	No

Beneficios y servicios: tratamiento de la salud mental y por consumo de sustancias

Servicio	Definición de servicio	Requisito de autorización
Tratamiento asertivo comunitario (ACT)	Los servicios de tratamiento asertivo comunitario (Assertive Community Treatment, ACT) son intervenciones terapéuticas que abordan los problemas funcionales de las personas que tienen las afecciones más complejas o generalizadas asociadas con una enfermedad mental importante o trastorno de adicciones concurrente. Estas intervenciones se basan en la fuerza y se centran en promover la estabilidad de los síntomas, aumentar la capacidad de la persona para lidiar y relacionarse con los demás y mejorar el más alto nivel de funcionamiento en la comunidad.	Sí
Rehabilitación psicosocial	Los servicios de rehabilitación psicosocial ayudan a la persona a compensar o eliminar los déficits funcionales, los desafíos interpersonales y las barreras ambientales asociados con su enfermedad mental. Estos incluyen rehabilitación diurna, rehabilitación residencial psiquiátrica y apoyo comunitario.	Sí
Hogares de grupos terapéuticos (TGH)	Los hogares de grupos terapéuticos (Therapeutic Group Homes, TGH) proporcionan un servicio residencial comunitario para jóvenes en un entorno hogareño de no más de ocho camas, bajo la supervisión del programa por parte de un psiquiatra o psicólogo.	Sí
Centro residencial de tratamiento psiquiátrico (PRTF)	Un Centro residencial de tratamiento psiquiátrico (Psychiatric Residential Treatment Facility, PRTF) es cualquier centro que proporciona servicios residenciales a jóvenes para garantizar que se evalúen y traten todos los aspectos médicos, psicológicos, sociales, conductuales y de desarrollo de la situación del destinatario.	Sí
Internación hospitalaria	La necesidad de una o más noches en un hospital para recibir tratamiento de emergencia que de otro modo su proveedor no puede tratar en la comunidad.	Sí

Beneficios y servicios: tratamiento de la salud mental y por consumo de sustancias

Servicio	Definición de servicio	Requisito de autorización
Servicios residenciales por consumo de sustancias de acuerdo con los niveles de atención de la Sociedad Estadounidense de Medicina de las Adicciones (American Society of Addiction Medicine, ASAM)	Más allá del tratamiento ambulatorio, los servicios para adicciones incluyen un conjunto de servicios residenciales centrados en la persona destinados a promover habilidades para afrontar y manejar los síntomas y comportamientos relacionados con el consumo de sustancias.	Sí
Pruebas psicológicas	Pruebas escritas, visuales o verbales que realiza un psicólogo para ayudar a comprender los pensamientos, los sentimientos, los comportamientos y las habilidades de afrontamiento relacionados con su bienestar.	Sí
Terapia electroconvulsiva (ECT)	La terapia electroconvulsiva (Electroconvulsive Therapy, ECT) es un tratamiento psiquiátrico estándar en el que se inducen eléctricamente convulsiones en los pacientes para proporcionar alivio de las enfermedades psiquiátricas.	Sí
Sala de observación de 23 horas	Un período de hasta 23 horas durante el cual los servicios se proporcionan a un nivel de atención inferior al agudo. Está indicado para aquellas situaciones en las que no se cumplen todos los criterios debido a factores externos relacionados con la recopilación de información o la evaluación de riesgos, pero el paciente está claramente en riesgo de dañarse a sí mismo o a los demás.	No
Programas intensivos para pacientes ambulatorios (IOP)	Los programas intensivos para pacientes ambulatorios (Intensive Outpatient Program, IOP) ofrecen servicios grupales e individuales de 9 horas a la semana. El IOP permite que la persona pueda participar en sus asuntos diarios, como el trabajo, y luego participar en el tratamiento en una instalación adecuada por la mañana o al final del día.	Sí
Hospitalización parcial	Un programa estructurado que mantiene horas de servicio de al menos 20 horas por semana durante las cuales se proporcionan servicios de evaluación y diagnóstico, y tratamiento activo de la salud conductual a los miembros que están experimentando signos y síntomas graves que dan lugar a angustia personal significativa o problemas psicológicos y ambientales.	Sí

Otros beneficios y servicios

Administración de la atención

¿Qué es la administración de la atención?

Nuestra administración de la atención puede ayudarle a manejar sus necesidades especiales de atención de la salud. También puede ayudarle a obtener otros servicios sociales. Trabajaremos con usted, con su familia/amigos si así lo desea, y con su PCP para obtener los servicios que necesita. Durante su llamada de bienvenida, completamos con usted un breve cuestionario de evaluación de la salud. Según sus respuestas, identificaremos si necesita apoyo o más servicios para satisfacer sus necesidades.

¿Cuándo debo solicitar administración de la atención?

- Si está visitando a muchos proveedores diferentes para sus problemas médicos.
- Si su proveedor le ha dicho que tiene un embarazo de alto riesgo.
- Si tiene necesidades de salud complejas, como enfermedad de células falciformes o enfermedad renal terminal.
- Si está tomando muchos medicamentos diferentes para tratar y controlar sus problemas de salud.
- Si no tiene hogar y desea recibir ayuda para encontrar una vivienda. Podemos ponerlo en contacto con una agencia de la comunidad.
- Si tiene necesidades de afección de salud mental o trastornos por consumo de sustancias. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**, si tiene alguna pregunta.
- Si no está seguro sobre la necesidad de administrar la atención, llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

¿Cómo puedo obtener los servicios de administración de la atención?

Debería haber recibido una llamada de bienvenida de nuestro equipo de Servicios para Miembros. En esa llamada, usted respondió algunas preguntas del Examen de riesgos de salud que utilizamos para ver si usted necesita más ayuda. También puede llamar a nuestro equipo de Servicios para Miembros y solicitar ayuda si necesita servicios de administración de la atención de la salud o de tratamiento de enfermedades. Cualquiera de nuestros representantes locales podrá ayudarle. Llame en forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

Otros beneficios y servicios

Programa de administración de la atención/tratamiento de enfermedades

Nuestros coordinadores clínicos pueden ayudarle a controlar su afección médica. Son enfermeros experimentados, trabajadores sociales, profesionales de la salud mental y el consumo de sustancias, navegantes de atención y otras personas que pueden ayudarle a coordinar su atención. Entienden sus problemas y trabajarán junto a usted y a sus proveedores para ayudarle a recibir la atención que necesita.

Nuestros coordinadores clínicos pueden ayudarle a:

- Aprender a cuidar su salud.
- Encontrar un PCP, un especialista o un centro de atención de urgencia.
- Pedir citas.
- Ir y volver de las visitas al proveedor, las visitas dentales, las visitas a la farmacia y las visitas de salud conductual.
- Obtener suministros y servicios de atención de la salud en el hogar.
- Buscar recursos y apoyo comunitario.
- Obtener asistencia con el transporte.

Nuestros coordinadores clínicos pueden ayudarle con lo siguiente:

- Asma
- Diabetes
- Insuficiencia cardíaca congestiva (Congestive Heart Failure, CHF)
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Arteriopatía coronaria (Coronary Artery Disease, CAD)
- Anemia de células falciformes
- Enfermedad pulmonar
- Embarazo
- Presión arterial alta
- Obesidad
- Necesidades complejas de equipos médicos duraderos
- Necesidades especiales
- Cualquier otra afección que requiera administración de casos

Programas de especialidades para el tratamiento de enfermedades

Si su afección de salud requiere asistencia adicional, contamos con estos programas especiales:

- Programas de trasplantes
- Recursos para dejar de fumar

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

Mejoramiento de la calidad

UnitedHealthcare Community Plan desea que usted obtenga la mejor atención y el mejor servicio disponibles para mantener su salud y la de su familia. Por ese motivo, tenemos un programa de control de calidad y mejora del rendimiento, el programa Quality Assurance and Performance Improvement (QAPI).

Nuestro programa Quality Improvement nos ayuda a conocer lo que podemos hacer mejor. Utilizamos nuestros hallazgos y las aportaciones para mejorar el programa. Nuestro programa tiene varios programas centrados en los miembros.

Estos programas:

- Ayudan a los miembros con enfermedades crónicas, como asma y diabetes, a obtener la atención que necesitan.
- Ayudan a mujeres embarazadas a tener bebés sanos.
- Recuerdan a los miembros que se hagan exámenes importantes, seguimiento de la atención de los niños a quienes se les han administrado medicamentos para tratar el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), pruebas e inmunizaciones

Usamos estándares nacionales para ver qué tan bien funciona nuestro programa de QM. El Comité Nacional de Control de Calidad (National Committee for Quality Assurance, NCQA) es una agencia independiente que redacta los estándares del plan de salud. El NCQA compara los programas de calidad de los planes de salud. En UnitedHealthcare, medimos nuestro progreso en el logro de nuestros objetivos utilizando los siguientes sistemas del NCQA:

- Conjunto de información y datos sobre la efectividad de la atención de la salud (Healthcare Effectiveness Data and Information Set, HEDIS®)
- Evaluación de proveedores y sistemas de atención de la salud realizada por los clientes (Consumer Assessment of Healthcare Providers & Systems, CAHPS®)

Compartimos nuestros resultados anualmente en el boletín informativo para miembros y en línea. Establecemos objetivos para lograr mejoras continuas en todas las medidas.

A través de nuestro programa, pretendemos:

- Asegurarnos de que se sienta satisfecho con nuestros servicios.
- Asegurarnos de que su médico satisfaga sus necesidades.
- Ayudarlo a que pueda cuidar mejor de sí mismo.
- Enviarle consejos útiles y recordatorios de atención de la salud para que se mantenga sano.
- Determinar si hay obstáculos a la atención de calidad y buscar nuevas formas de eliminarlos.
- Buscar nuevas formas de proporcionar atención o servicios.
- Buscar áreas en las que se hayan hecho cambios y asegurarnos de que funcionen bien para usted.

¿Desea obtener más información sobre nuestro programa Quality improvement? Llame a Servicios para Miembros o visite myuhc.com/CommunityPlan.

Educación sobre la salud

Contamos con coordinadores clínicos para ayudarle con sus necesidades de atención de la salud. Se le pueden enviar los materiales de educación sobre la salud por correo a su casa. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

Para un embarazo saludable

Mujeres embarazadas

Las mujeres pueden ver a cualquier ginecólogo/obstetra de UnitedHealthcare Community Plan para recibir atención obstétrica sin ser enviadas por su PCP (maternidad prenatal, parto y posparto).

- Si cree que podría estar embarazada, visite a su PCP o a un obstetra o ginecólogo de UnitedHealthcare Community Plan de inmediato. Es importante comenzar con el cuidado prenatal tan pronto como quede embarazada.
- Visite a su PCP o a su ginecólogo/obstetra de UnitedHealthcare Community Plan durante todo el embarazo
- Asegúrese de acudir a todas sus visitas cuando su PCP o su ginecólogo/obstetra de UnitedHealthcare Community Plan se lo indique.
- Asegúrese de acudir al médico inmediatamente después de tener al bebé para recibir atención de seguimiento (entre 21 y 56 días después del nacimiento del bebé).
- Los servicios de enfermera partera están cubiertos cuando son médicamente necesarios.

Es posible que pueda obtener leche materna, leche de fórmula y alimentos gratis del programa Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants, and Children, WIC). Hable con su proveedor o llame a su Departamento de Salud local para consultar sobre estos servicios.

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

Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos (Newborns' and Mothers' Health Protection Act)

UnitedHealthcare sigue las guías federales que requieren ciertos beneficios para la madre y el bebé después del parto. Nuestro plan de beneficios cubre 48 horas en el hospital después de un parto natural. También cubrimos 96 horas en el hospital después de un parto por cesárea. (Puede optar por permanecer menos tiempo en el hospital, si su proveedor está de acuerdo).

Mujeres embarazadas

Si piensa que está embarazada, llame a la oficina local del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) y a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del Centro, (de 6:00 a.m. a 6:00 p.m., hora de la Montaña). Esto le ayudará a asegurarse de recibir todos los servicios a su disposición.

Asesoramiento sobre lactancia

El asesoramiento sobre lactancia será un beneficio disponible para los bebés que nacen hasta 90 días después del nacimiento y para las personas de hasta 21 años cuando sea médicamente necesario. Hay un límite de cinco sesiones de asesoramiento por niño y cada sesión puede durar hasta noventa minutos. Lo proporcionan médicos, enfermeros practicantes, asistentes médicos, parteras y enfermeros registrados que están certificados como consultores en lactancia certificados por la Junta Internacional.

Servicios de nutrición

Los servicios de nutrición estarán disponibles para adultos y niños por un terapeuta de nutrición médica con licencia (licensed medical nutrition therapist, LMNT) cuando los indique un médico o enfermero practicante. Para adultos, el servicio debe indicarse para tratar la diabetes tipo I o tipo II, nefropatía o un riñón trasplantado en los últimos 36 meses. Para los jóvenes, el tratamiento se proporciona cuando un joven está en riesgo debido a una necesidad nutricional que afecta la salud o la afección médica.

Programas de bienestar

Programas de bienestar para todos

UnitedHealthcare Community Plan tiene varios programas de bienestar que pueden ayudarles a usted y a su familia a mantenerse saludables, e incluye:

- Programas para ayudarle a dejar de fumar
- Información sobre la atención durante el embarazo y la paternidad
- Recursos de información nutricional
- Recordatorios de bienestar

Su proveedor puede sugerir uno de estos programas para usted. Si desea obtener más información, llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

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

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

Otros beneficios y servicios

Healthy First Steps™

Nuestro programa Healthy First Steps garantiza que tanto la madre como el bebé reciban una buena atención de la salud.

Ayudaremos con lo siguiente:

- Recibir buen asesoramiento sobre nutrición, ejercitación y seguridad
- Obtener suministros como extractores de leche para las mamás que amamantan
- Elegir un médico o una enfermera partera
- Programar visitas y exámenes
- Organizar los traslados para asistir a sus visitas médicas
- Conectarse con recursos comunitarios, como servicios para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants and Children, WIC)
- Recibir atención después del nacimiento del bebé
- Elegir un pediatra (un médico para su hijo)
- Recibir información sobre planificación familiar

Babyscripts

Babyscripts es un programa digital de interacción, educación e incentivos de maternidad para miembros embarazadas y padres primerizos. La aplicación incluye contenido educativo diario sobre comportamientos saludables, el desarrollo del bebé, vacunas, posibles riesgos para la salud y muchos otros temas. Hay recursos detallados sobre nutrición, ejercicio, trabajo de parto y parto, lactancia y más. Los miembros reciben tarjetas de regalo por la inscripción (incluido completar la evaluación de maternidad) y una visita prenatal y posparto.

Babyscripts es una forma divertida e interesante para que nuestros miembros aprendan sobre comportamientos saludables durante el embarazo y después del parto.

Los miembros pueden descargar gratis la aplicación de Apple App Store o Google Play Store.

WellHop

WellHop es un grupo virtual de apoyo para miembros embarazadas. Es fundamental tener una buena red de apoyo social para las embarazadas. A través de WellHop, las miembros que están embarazadas pueden compartir sus altibajos, obtener orientación de un líder de grupo capacitado y aprender unos de otros. WellHop reúne a los futuros padres con fechas de parto similares en conversaciones grupales en video durante sus embarazos y después del nacimiento. Los miembros participan durante el segundo y tercer trimestre y hasta cuatro meses después del parto.

También pueden descargar gratis la aplicación de Apple App Store. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

Llámenos al número gratuito, al **1-800-599-5985**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 6:00 p.m., hora del Centro, o de 6:00 a.m. a 5:00 p.m., hora de la Montaña, de lunes a viernes.

Síguenos en Twitter en <https://twitter.com/UHCPregnantCare>.

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

Es importante que la atención durante el embarazo comience temprano. Asegúrese de asistir a todas sus visitas al médico, incluso si este no es su primer bebé.

Text4baby

Text4baby es un servicio de información gratuito a través del celular que la ayuda durante su embarazo y el primer año de vida de su bebé. Reciba mensajes de texto gratis en su celular cada semana. Los mensajes de text4baby le brindan consejos sobre:

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

Para inscribirse en Text4Baby, simplemente envíe un mensaje de texto con la palabra BABY al 511411. Después de que se haya inscrito, se le pedirá un código de participante. Este código de participante es HFS, el cual le indicará a text4baby que está afiliada a nuestro plan de salud. También nos hará saber que se inscribió para este servicio.

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

Care Angel

Care Angel es para miembros embarazadas que presentan afecciones crónicas complejas y necesitan los servicios de gestión de la salud de la población. Care Angel realizará una llamada telefónica de incorporación, hasta dos evaluaciones trimestrales de riesgos de la maternidad y dos llamadas de contacto posparto. Nuestro coordinador de atención de maternidad derivará al miembro para que interactúe con Care Angel.

Si desea obtener más información, llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

Examen de detección de trastorno por consumo de sustancias (SUD) durante el embarazo

Un examen de detección de trastorno por consumo de sustancias (Substance Use Disorder, SUD) durante el embarazo para detectar el consumo de sustancias en miembros embarazadas. Examen de detección de SUD a nuestras miembros que están embarazadas para identificar riesgos lo antes posible en el embarazo, lograr que la miembro reciba la atención adecuada con los proveedores correspondientes para tener un embarazo saludable y un bebé sano. Las herramientas de detección de SUD basadas en evidencia se utilizan para evaluar el potencial de riesgos de SUD de una miembro que está embarazada con la capacidad del proveedor de tratar a la miembro en su consultorio o referirla a atención de la salud conductual especializada.

Otros beneficios y servicios

Self Care

Self Care brinda acceso inmediato a herramientas y técnicas basadas en terapia conductual cognitiva (cognitive behavioral therapy, CBT) para ayudar a los miembros a manejar el estrés y lograr su bienestar emocional. Self Care es un programa digital para realizar a su propio ritmo que utiliza técnicas clínicamente validadas para ayudar a los miembros a aliviar síntomas y desarrollar habilidades para la vida. Self Care permite a los miembros participar en actividades para mejorar su salud mental desde la comodidad de su dispositivo digital en cualquier momento y lugar. Ofrece acceso a su propio ritmo a apoyo de salud mental basado en la evidencia, como meditaciones y técnicas de atención plena, seguimiento de hábitos, controles diarios y evaluaciones semanales, lo que ayuda a los miembros a desarrollar resiliencia. Recomienda ejercicios y consejos basados en metas y estados de ánimo, y ofrece la oportunidad de conectarse con otras personas que han tenido experiencias similares. Disponible para miembros mayores de 13 años. Los miembros pueden descargar la aplicación Self Care sin costo alguno.

Sacaleches

Queremos ayudarle con la lactancia. Pagaremos el costo de un sacaleches eléctrico portátil. Si tiene preguntas sobre los sacaleches o necesita ayuda para encontrar una compañía de equipos médicos dentro de la red, llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**. La compañía de equipos médicos requerirá una receta de su médico para proporcionarle un sacaleches eléctrico. Los sacaleches no portátiles de grado hospitalario están disponibles para alquilar si existe una necesidad médica. Pregunte a su médico si cree que necesita un sacaleche de grado hospitalario.

Mujeres, Bebés y niños (Women, Infants and Children, WIC)

WIC es el programa de nutrición especial para mujeres, bebés y niños inscritos en Medicaid. El programa WIC provee alimentos saludables, apoyo para la lactancia, educación sobre nutrición y referidos de atención de la salud de manera gratuita. Si usted está embarazada, pídale a su médico que complete una solicitud de WIC durante su próxima visita. Si tiene un bebé o un niño, pídale al médico de sus niños que complete una solicitud de WIC o que se comunique con la oficina local de WIC.

Recompensas para los miembros

Gane recompensas por asistir a visitas de bienestar y colocarse vacunas. Utilice las recompensas para obtener artículos de la salud.

Programa de regreso a la escuela

Promueve hábitos saludables y nutrición. Por ejemplo, regalamos bolsas de regalo que contienen útiles escolares.

Exámenes físicos anuales

Ofrecemos a los adultos una opción para un examen físico. Los exámenes físicos para miembros de 21 años o más están cubiertos por un PCP dentro de la red (p. ej., EPSDT, exámenes físicos de rutina para adultos). Los exámenes físicos están disponibles para niños menores de 21 años (p. ej., niños que asisten a la escuela o realizan deportes físicos).

KidsHealth

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

Línea de ayuda para trastorno por consumo de sustancias (SUD)

La Línea de ayuda para trastorno por SUD es una línea de ayuda confidencial y anónima donde los miembros y sus familiares o amigos pueden llamar y hablar con un experto con licencia en consumo de sustancias para obtener información sobre el tratamiento del SUD. Cuando los miembros o sus amigos, proveedores o cuidadores llamen a nuestra Línea de ayuda para trastorno por SUD, nuestro personal de expertos en salud conductual con licencia responderá sus preguntas y los referirá para que reciban evaluaciones y servicios de acuerdo con su nivel de comodidad, sus necesidades y su situación en particular. Esto también permitirá que la persona que llama pueda mantenerse en el anonimato.

La Línea de ayuda para trastorno por SUD está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana para los miembros, sus familias y cuidadores llamando al 1-855-780-5955.

Otros beneficios y servicios

Aplicación de UnitedHealthcare®

UnitedHealthcare Community Plan tiene una nueva aplicación para miembros: la aplicación de UnitedHealthcare. Está disponible para tabletas y teléfonos inteligentes Apple® o Android®. La aplicación de UnitedHealthcare le permite hacer lo siguiente:

- Encontrar un médico, un dentista, una sala de emergencias o un centro de atención de urgencias cercano
- Ver su tarjeta de identificación
- Leer su manual
- Conocer nuestros beneficios
- Comunicarse con Servicios para Miembros

Descargue la aplicación gratuita de UnitedHealthcare hoy mismo. Úsela para conectarse con su plan de salud dondequiera que esté y cuando lo desee.



Twitter

Síguenos en Twitter en [@UHCPregnantCare](https://twitter.com/UHCPregnantCare) para acceder a consejos útiles, información acerca de qué esperar e importantes recordatorios sobre el embarazo. Estamos aquí para que su cuidado y el de su bebé sean un poco más fáciles. Visite bit.ly/uhc-pregnancy.

Programa Dr. Health E. Hound®

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

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

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

Otros detalles del plan

Cuándo llamar a la División de Medicaid y Atención a Largo Plazo

Llame al número gratuito de AccessNebraska al 1-855-632-7633 si tiene preguntas sobre su elegibilidad. También debe llamar si:

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

Cómo encontrar un proveedor de la red

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

Visite myuhc.com/CommunityPlan para obtener la información más actualizada. Haga clic en “Find a Provider” (Buscar un proveedor).

Llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**. Podemos buscar proveedores de la red para usted. O, si lo desea, podemos enviarle un Directorio de proveedores por correo.

Directorio de proveedores

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

La información de los proveedores se modifica con frecuencia. Visite nuestro sitio web para obtener el listado más actualizado en myuhc.com/CommunityPlan. Puede ver o imprimir el Directorio de proveedores desde el sitio web, o hacer clic en “Find a Provider” (Buscar un proveedor) para utilizar nuestro directorio de búsqueda en línea.

Si desea recibir una copia impresa de nuestro directorio, llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**,

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan 85
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

Otros detalles del plan

TTY 711, y le enviaremos una por correo.

Si recibe una factura por servicios

Los hospitales y médicos no les pueden enviar facturas a los miembros por servicios cubiertos. En ocasiones, recibirá una factura que debería haber sido enviada a nosotros. Si recibe una factura que cree que deberíamos pagar nosotros, llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**. Es posible que deba pagar las facturas médicas si recibe tratamiento de proveedores que no forman parte de la red de UnitedHealthcare Community Plan o si recibe servicios fuera del país.

Directivas anticipadas

En Nebraska, los adultos que son capaces de tomar decisiones de atención de la salud generalmente tienen derecho a decir sí o no al tratamiento médico. Como resultado, tiene derecho a preparar un documento conocido como “directiva anticipada”. Este documento indica, por anticipado, qué tipo de tratamiento usted desea recibir o no cuando se encuentre en un estado médico especial o grave, que pudiera impedirle informar al médico qué tratamiento desea recibir. Por ejemplo, si lo llevaran a un hospital en coma, ¿desea que el personal médico del hospital conozca sus deseos específicos sobre el tipo de tratamiento médico que desea o no desea recibir?

La información de esta descripción puede ayudarle a comprender su derecho a tomar decisiones antes del tratamiento. Debido a que este es un asunto importante, es posible que desee hablar con familiares, amigos cercanos o asesores personales, su médico y su abogado antes de decidir si desea redactar una directiva anticipada.

1. ¿Qué es una directiva anticipada?

Una directiva anticipada es una declaración escrita que demuestra de manera confiable que usted ha tomado una decisión particular sobre atención de la salud o ha designado a otra persona para que tome esa decisión en su nombre. Estas son las dos formas más comunes de directiva anticipada:

- un “testamento en vida” y
- un “poder notarial para la atención de la salud”.

Sin embargo, una directiva anticipada puede adoptar otras formas o llamarse de otra manera.

Una directiva anticipada le permite indicar sus elecciones sobre la atención de la salud o designar a alguien para que tome esas decisiones por usted, si usted no puede tomar decisiones respecto de su tratamiento médico. Una directiva anticipada le puede permitir tomar decisiones sobre su futuro tratamiento médico. Puede decir “sí” al tratamiento que desea o “no” al tratamiento que no desea.

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

2. ¿Qué es un testamento en vida?

Un testamento en vida, por lo general, indica el tipo de atención médica que desea recibir o no si no puede tomar decisiones usted mismo. Se denomina “testamento en vida” porque entra en vigencia cuando aún vive. La Legislatura de Nebraska ha adoptado leyes que rigen los testamentos en vida. Esta ley se conoce como la Ley de Derechos de Pacientes con Enfermedades Terminales. Un adulto en su sano juicio puede ejecutar en cualquier momento una declaración que rija la retención o el retiro del tratamiento de mantenimiento de la vida. La declaración debe ser firmada por el paciente o por otra persona bajo la indicación del paciente y debe contar con dos testigos adultos o un notario. No más de un testigo de una declaración puede ser un administrador o empleado de un profesional de la salud que esté cuidando o tratando a la persona. Un empleado de un proveedor de seguros de vida o de salud no puede ser testigo de la persona. En virtud de la ley, el tratamiento de mantenimiento de la vida no puede suspenderse ni retirarse en virtud de una declaración de una persona embarazada, si es probable que el feto se desarrolle hasta el momento del nacimiento con vida, a quien se aplica de manera continuada un tratamiento de mantenimiento de la vida. Un testamento en vida debe indicar claramente su elección con respecto a la atención de la salud.

3. ¿Qué es un poder notarial para la atención de la salud?

Un “poder notarial para la atención de la salud” es un documento legal que nombra a otra persona, como un esposo, esposa, hija, hijo o amigo cercano, como su “agente” o “representante” para tomar decisiones médicas por usted si no puede tomarlas por usted mismo. Su agente, o representante, se guía por sus instrucciones y usted puede proporcionarle instrucciones sobre cualquier tratamiento que desee o no desee. En general, el poder notarial puede otorgar al agente o representante los mismos poderes que una persona puede tener o podría hacer cumplir en su propio nombre. Nebraska tiene leyes sobre poderes notariales para la atención de la salud que permiten a un agente tomar decisiones médicas para la persona que otorga el poder notarial.

Un poder notarial para la atención de la salud debe: estar por escrito; identificarlos a usted, a su agente y a su agente sucesor, si lo hubiera; autorizar específicamente al agente para que tome decisiones de atención de la salud en su nombre en caso de que usted sea incapaz de hacerlo; mostrar la fecha de su celebración; y contar con la presencia y firma de dos testigos adultos, cada uno de los cuales es testigo de la firma y fecha del poder notarial para la atención de la salud por parte de usted o de su reconocimiento de la firma y fecha, o ser firmado y reconocido por usted ante un notario público que no sea el abogado de hecho o el abogado sucesor de hecho.

Otros detalles del plan

Su poder notarial para la atención de la salud puede otorgar autoridad para las decisiones de atención de la salud, según describe la ley. Sin embargo, la autoridad para dar su consentimiento para suspender o retirar un procedimiento de mantenimiento de la vida para la nutrición administrada artificialmente para la hidratación es efectiva solo cuando:

1. Sufre una afección terminal o se encuentra en un estado vegetativo persistente.
2. Su poder notarial para la atención de la salud otorga explícitamente la autoridad a su agente o su intención de retener o retirar procedimientos de mantenimiento de la vida, o nutrición o hidratación administrada artificialmente que se establece mediante pruebas claras y convincentes. La evidencia clara y convincente puede ser un testamento en vida, registros médicos claramente documentados, la negativa a dar su consentimiento al tratamiento u otra evidencia.

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

Department of Health and Human Services – State Unit on Aging

P.O. Box 95026

Lincoln, NE 68509

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

Servicios disponibles para personas que tengan 65 años o más.

National Hospice and Palliative Care Organization

1731 King Street, Suite 100

Alexandria, VA 22314

1-800-658-8898

www.nhpco.org

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

Survey and Certification Department of Regulation and Licensure

Nebraska Department of Health and Human Services

301 Centennial Mall South

P.O. Box 94986

Lincoln, NE 68508

Actualizar su información

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

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

Llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del Centro (de 6:00 a.m. a 6:00 p.m., hora de la Montaña), si cambia alguna de esta información. UnitedHealthcare Community Plan necesita actualizar los registros para informarle sobre nuevos programas, enviarle recordatorios sobre controles de salud, enviarle por correo postal boletines informativos para miembros, tarjetas de identificación y otra información importante. También debe informar estos cambios al Estado. Si el Estado no puede comunicarse con usted, podría perder su cobertura, ya que necesita información actualizada respecto de su dirección cada vez que se muda. Para actualizar su información, llame a AccessNebraska al 1-855-632-7633. Si se encuentra en el área de Lincoln, llame al 402-473-7000. Si se encuentra en el área de Omaha, llame al 402-595-1178 o visite accessnebraska.ne.gov. O bien, llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

Otro seguro

Si tiene algún otro seguro, llame a Servicios para Miembros y háganoslo saber.

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

Fraude y abuso

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

- Recibir beneficios en Nebraska y en otro estado al mismo tiempo
- Modificar o falsificar recetas
- Que una persona reciba beneficios de Medicaid cuando no es elegible para recibirlos
- Darle la tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan a otra persona para que la use
- Uso excesivo de los beneficios de Medicaid
- Que médicos u hospitales les facturen a usted o a UnitedHealthcare por servicios que no le fueron prestados
- Que médicos u hospitales le facturen a UnitedHealthcare más de una vez por servicios que le fueron prestados solo una vez
- Médicos que presentan documentación falsa a UnitedHealthcare para que usted pueda recibir servicios que solo se proporcionan cuando son médicamente necesarios

Cómo informar sobre fraudes y abusos

Avísenos por alguno de los medios siguientes:

- UnitedHealth Group cuenta con una línea telefónica gratuita que da servicio las 24 horas, que se llama Línea de ayuda para el Cumplimiento, y puede comunicarse al 1-800-455-4521. Las personas que llamen pueden mantenerse en el anonimato.
- Comuníquese con el número gratuito de Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**.
- Visite <http://dhhs.ne.gov/Pages/Program-Integrity-Reporting-Fraud.aspx> en línea para obtener instrucciones sobre cómo informar el fraude de proveedores de Medicaid y el fraude de clientes de Medicaid al estado de Nebraska.
- Llame a la Unidad de Fraude y Abuso del Paciente de Medicaid del despacho del Fiscal General al 402-595-3789.

Inscripción y membresía

Cambio de planes de salud

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

Las personas recientemente elegibles para Medicaid tienen 90 días para cambiar de plan por cualquier motivo.

Solicitar la cancelación de la inscripción en su plan de salud

Puede solicitar abandonar el plan con causa. Las causas son cosas como mudarse fuera del área de servicio, mala calidad de la atención o incapacidad para recibir atención. O es posible que no pueda obtener los proveedores que necesita. El Estado debe aprobar su solicitud.

Llame al Centro de Inscripción de Heritage Health al **1-888-255-2605**.

Derecho del miembro a rechazar un tratamiento

Puede rechazar cualquier servicio de salud proporcionado por UnitedHealthcare Community Plan. Puede oponerse por motivos religiosos.

Cómo pagamos a nuestros proveedores

UnitedHealthcare Community Plan paga a nuestros proveedores de la red cada vez que lo ven. Esto se conoce como pago por servicio. Si tiene alguna pregunta sobre el pago a proveedores, llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

Credenciales de proveedores

Puede obtener información sobre nuestros proveedores. Esto incluye su educación, residencia y certificaciones. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

Plan de incentivos para proveedores

Puede preguntar si tenemos acuerdos financieros con nuestros proveedores que podrían afectar a los referidos o servicios. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

Notificación

Notifique a UnitedHealthcare Community Plan de inmediato si tiene una reclamación de compensación del trabajador, una lesión personal pendiente, una demanda por práctica médica negligente o ha estado involucrado en un accidente de automóvil.

Gestión de utilización

UnitedHealthcare Community Plan no quiere que reciba muy poca atención o atención que no necesita. También queremos asegurarnos de que la atención que recibe sea un beneficio cubierto. El proceso para hacerlo se denomina “gestión de utilización” (utilization management, UM). No recompensamos a los proveedores ni al personal por denegar cobertura. No damos incentivos por las decisiones relacionadas con la gestión de utilización (UM).

También hay algunos servicios que necesitamos revisar antes de que pueda recibirlos. Sus proveedores saben cuáles son. Se encargan de hacernos saber que debemos revisarlos. La revisión que hacemos se denomina revisión de la utilización.

Solo los médicos y farmacéuticos realizan el proceso de gestión de utilización. No recompensamos a nadie por decir que usted no necesita atención. Si tiene preguntas sobre la UM, hable con nuestro personal de Administración de la Atención de Medicaid. Llame al **1-800-641-1902**, TTY **711**. Hay ayuda disponible con el idioma.

Seguridad y protección contra la discriminación

La seguridad del paciente es muy importante para nosotros. Aunque no dirigimos la atención, queremos asegurarnos de que reciba atención segura. Realizamos seguimiento de temas relativos a la calidad de la atención. Desarrollamos guías para promover una atención segura. Proporcionamos información sobre la seguridad del paciente. Trabajamos con hospitales, médicos y demás para mejorar la continuidad y coordinación entre los centros de atención. Si desea obtener más información sobre la seguridad del paciente, llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

Se les prohíbe a UnitedHealthcare Community Plan y a sus proveedores discriminar a una persona debido a su edad, raza, origen étnico, sexo o religión. Los proveedores de UnitedHealthcare Community Plan deben cumplir con la Ley para Estadounidenses con Discapacidades. No pueden discriminar por motivos de salud o salud mental, necesidad de atención o enfermedades preexistentes, orientación sexual ni necesidades lingüísticas. Si considera que ha sido objeto de cualquier forma de discriminación, llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

Guías sobre prácticas clínicas y nueva tecnología

UnitedHealthcare Community Plan ofrece a nuestros proveedores las guías clínicas sobre la mejor forma de brindar atención. Las guías son estándares de atención aceptados. Esto significa que otros médicos están de acuerdo con ese enfoque.

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

Evaluación de nueva tecnología

Aún no se ha demostrado que algunos servicios médicos sean eficaces. UnitedHealthcare Community Plan revisa a nivel nacional las nuevas prácticas, los tratamientos, las pruebas y las tecnologías. Un comité integrado por médicos, personal de enfermería, farmacéuticos y expertos invitados de UnitedHealthcare Community Plan revisa esta información. Ellos toman la decisión sobre la cobertura. Si desea obtener más información, llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

Trasplantes

El plan de salud es responsable de los servicios de trasplante asociados con la atención de trasplante de un miembro. El director médico de Nebraska Medicaid determinará si el trasplante es médicamente necesario y no experimental si no existe una póliza de Medicare con respecto de este. Esto incluye lo siguiente:

- Corazón y pulmón
- Solo pulmón
- Solo corazón
- Intestinal o multivisceral
- Solo riñón
- Solo páncreas
- Riñón y páncreas
- Solo hígado
- Médula ósea/célula madre

Interrupciones de embarazos

Las interrupciones de embarazos para preservar la vida de la madre deben ser aprobadas previamente. Deben estar autorizadas por Nebraska Medicaid.

Regulaciones de servicios

Servicios de interrupción del embarazo

Los servicios de interrupción del embarazo no son un beneficio cubierto, excepto en casos para preservar la vida de la mujer. En este caso, los médicos o proveedores deberán seguir los procedimientos del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) de Nebraska y los procedimientos de consentimiento para el aborto. Los servicios de interrupción del embarazo permitidos no requieren un referido del médico de cabecera del paciente. Las pacientes deben utilizar la red de médicos y proveedores.

Servicio de interrupción del embarazo

Proceso de documentación

Los servicios de interrupción del embarazo están cubiertos cuando es necesario preservar la vida de la mujer. Si se necesita una interrupción del embarazo para preservar la vida de la madre, el médico debe solicitar la autorización previa de la División de Medicaid antes de proceder con la interrupción del embarazo. En caso de que se apruebe la autorización previa utilizando las guías del DHHS de Nebraska, se efectuará el reembolso tras la presentación de la documentación que refleje la aprobación del procedimiento por parte del DHHS de Nebraska. Las solicitudes deben enviarse por escrito a:

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

Delitos y notificaciones

UnitedHealthcare Community Plan debe notificar a la Agencia de Medicaid cualquier divulgación realizada por los proveedores de información sobre personas condenadas por delitos en un plazo de 10 días hábiles a partir de la fecha en que reciba la información. UnitedHealthcare Community Plan también debe notificar de inmediato a la Agencia de Medicaid sobre cualquier acción que tomemos en relación con la solicitud de participación del proveedor en el programa. La Agencia de Medicaid es responsable de notificar al Inspector General en un plazo de 20 días hábiles a partir de la notificación por parte de UnitedHealthcare Community Plan.

Encuesta de miembros

Cada año, UnitedHealthcare Community Plan pregunta a algunos de nuestros miembros cómo se sienten con respecto a nuestro plan de salud. Esta encuesta nos sirve para decidir cuáles son las áreas en las que debemos trabajar para mejorar y aquellas en las que estamos trabajando bien.

Si usted recibe una encuesta, sírvase responderla. Una compañía externa se encarga de la encuesta y nosotros nunca vemos sus respuestas. Su privacidad queda protegida. Sus respuestas nunca se usarán para tomar decisiones acerca de su atención de la salud o la de su familia. Sus respuestas, junto con las respuestas de muchas otras personas inscritas, se combinan para que sepamos cómo estamos haciendo las cosas. Es su oportunidad de “darnos una calificación”. Puede obtener una copia de los resultados de la encuesta llamando a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**. Nos gustaría conocer sus inquietudes sobre la calidad de su atención o del servicio.

Su opinión nos importa

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

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

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

Comité de Asesoramiento para Miembros

El Comité de Asesoramiento para Miembros es un consejo asesor para garantizar que UnitedHealthcare involucre activamente a consumidores, familias, grupos de defensa y otras partes interesadas clave como socios en el diseño y el sistema de prestación de programas de atención complejos.

¿Quiénes pueden inscribirse?

- Miembros de UnitedHealthcare Community Plan
- Familiares y cuidadores de miembros de UnitedHealthcare Community Plan
- Representantes de grupos comunitarios y de defensa del consumidor

Los participantes pueden hacer lo siguiente:

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

Informe de incumplimientos de marketing

UnitedHealthcare Community Plan sigue guías de marketing estrictas que establece el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska. Por ejemplo, una posible infracción de marketing se produce cuando usted ve a un representante de un plan haciendo algo injusto, engañoso o no permitido como parte de los servicios de atención de la salud que proporciona. Para denunciar infracciones de marketing, puede llamar a Nebraska Medicaid Investigations, al 402-595-3789, o escribir a DHHS.MedicaidProgramIntegrity@nebraska.gov.

Derechos y responsabilidades de los miembros

Declaración de derechos y responsabilidades de UnitedHealthcare Community Plan

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

Derechos de los miembros

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, tiene derecho a lo siguiente:

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

Otros detalles del plan

- Tener la libertad de ejercer estos derechos sin que se afecte negativamente el tratamiento que recibe por parte de la Organización de Atención Administrada (Managed Care Organization, MCO), sus proveedores o la División de Medicaid y Cuidados a Largo Plazo (MLTC).
- Recibir información sobre su enfermedad o afección, comprender sus opciones y alternativas de tratamiento, presentarla de manera adecuada a su afección y su capacidad para comprender la información, independientemente del costo o de si dichos servicios están cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan, y participar con sus proveedores en la toma de decisiones sobre su atención de la salud, incluido el derecho a rechazar el tratamiento.
- Obtener una segunda opinión con un proveedor de la red.
- Esperar que a los profesionales de la salud no se les prohíba ni se les limite aconsejarle acerca de su estado de salud, atención médica o tratamiento, independientemente de la cobertura de beneficios.
- Hacer sugerencias acerca de las políticas de derechos y responsabilidades de los miembros de UnitedHealthcare Community Plan.
- Tiene derecho a recibir información adicional cuando la solicite, por ejemplo, información sobre cómo funciona su plan de salud y el plan de incentivos para proveedores, si corresponde.
- Además, tiene derecho a solicitar más información sobre lo siguiente:
 - Nuestra estructura y funcionamiento
 - Nuestro plan de incentivos para médicos
 - Nuestras políticas de utilización de servicios
 - Cómo denunciar presuntos incumplimientos de marketing a MLTC
 - Informes al estado sobre las transacciones entre UHC y otras partes

Responsabilidades de los miembros

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, tiene la siguiente responsabilidad:

- Entender su plan de beneficios y seguirlo para aprovechar al máximo los beneficios.
- Mostrar su tarjeta de identidad a los proveedores y evitar que otras personas usen su tarjeta de identificación.
- Proporcionar información verdadera y completa a los profesionales de la salud y hacer preguntas sobre su tratamiento para poder entenderlo.
- Colaborar con su proveedor para establecer objetivos de tratamiento y seguir el plan de tratamiento que acuerde con su proveedor.
- Conocer a su proveedor antes de estar enfermo.
- Presentarse a las citas o avisar a su profesional de la salud que no podrá llegar a la cita.
- Tratar al personal y a los proveedores de UnitedHealthcare Community Plan, junto con su personal, con respeto y cortesía
- Comunicarnos sus opiniones, inquietudes y quejas.

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

- Obtener toda aprobación necesaria antes de recibir tratamiento.
- Usar la sala de emergencias solamente cuando haya una amenaza real a la vida o la salud.
- Notificarnos sobre cualquier cambio en su dirección o en su situación familiar.
- Asegurarse de que cada proveedor que lo atiende forme parte de la red.
- Seguir los consejos de sus proveedores y entender los posibles resultados si no sigue tales consejos.
- Proporcionar a sus proveedores y a nosotros información que podría ayudar a mejorar su salud.

Términos importantes

Abuso: hacer daño a una persona a propósito. (Incluye gritar, ignorar la necesidad de una persona y tocarla en forma inadecuada.)

Directiva anticipada: las decisiones que usted toma por adelantado con relación a su atención de la salud en caso de que alguna vez no pueda hablar por sí mismo. Al hacerlo, su familia y sus médicos sabrán qué decisiones tomaría usted si estuviera en condiciones de hacerlo.

Determinación adversa de beneficios:

1. Denegar o limitar un servicio solicitado, incluidas las determinaciones en función del tipo o nivel de servicio, requisitos de necesidad médica, idoneidad, entorno y efectividad de un beneficio cubierto.
2. Reducir, suspender o interrumpir un servicio autorizado previamente.
3. Denegar, total o parcialmente, el pago de un servicio.
4. No proporcionar los servicios de una manera oportuna, según lo define el Estado.
5. Que la MCO no actúe dentro de los plazos, según lo estipulado en § 438.408(b)(1) y (2), con respecto a la resolución estándar de quejas y apelaciones.
6. Denegar la solicitud de un miembro de disputar una responsabilidad financiera, incluidos los costos compartidos, los copagos y otras responsabilidades financieras.

Apelación: una apelación es una solicitud que usted o su representante autorizado realizan a UnitedHealthcare Community Plan para que revise una decisión que el plan tomó de denegar, reducir o interrumpir sus servicios de atención de la salud.

Autorización: el visto bueno o la aprobación para un servicio.

Beneficios: servicios, procedimientos y medicamentos que UnitedHealthcare Community Plan cubrirá para usted.

Otros detalles del plan

Administración de la atención de la salud clínica: asistencia personal provista por un miembro del personal de enfermería que brinda educación y coordinación de los beneficios de UnitedHealthcare Community Plan, adaptados a sus necesidades.

Consultorio dental: es un dentista de atención primaria (PCD) que se asignará a cada miembro.

Cancelación de la inscripción: finalizar su membresía en UnitedHealthcare Community Plan.

Equipo médico duradero (DME): El equipo médico duradero incluye cosas como sillas de ruedas, andadores, medidores de glucosa para diabéticos y soportes intravenosos que tienen que ser utilizados durante un período de tiempo. También puede incluir equipo que debe desecharse, como las vendas, los catéteres y las agujas. Los DME deben ser solicitados por su médico.

Emergencia: un repentino y, en ese momento, inesperado cambio en el estado mental o físico de una persona por el cual, si no recibe un procedimiento o tratamiento de inmediato, podría resultar en (1) la pérdida de la vida o de una extremidad; (2) un daño significativo en una función corporal; o (3) un daño permanente en una parte del cuerpo o en la salud de un niño por nacer. (Salud mental: amenaza de suicidio, homicidio o autolesión; manía o psicosis que necesita atención de la salud inmediata).

Emergencia de salud mental que no representa un riesgo para la vida: cuando los síntomas se desarrollan por primera vez, pero no son potencialmente mortales, como la ideación suicida sin un plan de implementación, o cuando el miembro está comenzando a mostrar signos de manía o psicosis.

Fraude: un acto fraudulento (por ejemplo, si alguien que no es usted utiliza su tarjeta de identificación de miembro y finge ser usted).

Queja: una queja es una expresión de insatisfacción acerca de un asunto que no sea una determinación adversa de beneficios. Las quejas pueden incluir, entre otros aspectos, la calidad de la atención o los servicios prestados, y aspectos de las relaciones interpersonales como la descortesía de un proveedor o empleado, o el incumplimiento de los derechos del miembro, independientemente de que se solicite o no una acción de reparación. Las quejas incluyen el derecho de los miembros a disputar una extensión de tiempo propuesta por una Organización de Atención Administrada para tomar una decisión de autorización.

Información sobre la salud: datos sobre su salud y su atención. Esta información puede provenir de UnitedHealthcare Community Plan o de un proveedor. Contiene información sobre su salud física y mental, y también sobre pagos por atención de la salud.

Información sobre la salud mental: datos sobre su salud mental y su atención. Esta información puede provenir de UnitedHealthcare Community Plan o de un proveedor. Contiene información sobre su salud física y mental, y también sobre pagos por atención de la salud.

Tarjeta de identificación: una tarjeta de identificación que dice que usted es miembro de UnitedHealthcare Community Plan. Debe tener la tarjeta con usted en todo momento.

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

Inmunización: una inyección que lo protege de una enfermedad. Los niños deben recibir una serie de inmunizaciones a edades específicas. Las inyecciones por lo general se aplican durante las visitas médicas regulares.

Consentimiento Informado: confirmación de que le han explicado todos los tratamientos médicos, y usted los entiende y los acepta.

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

Paciente internado: cuando es admitido en un hospital por un período de tiempo.

Miembro: una persona que es elegible para la cobertura de UnitedHealthcare Community Plan, Heritage Health.

Fuera de la red: médicos, especialistas, hospitales, farmacias y otros proveedores que no tienen un arreglo con UnitedHealthcare para ofrecer servicios de atención de la salud a los miembros.

Paciente ambulatorio: cuando usted recibe un procedimiento que no requiere hospitalización hasta el día siguiente.

Lista de medicamentos preferidos (PDL): la PDL es una lista de medicamentos cubiertos por su plan. Un proveedor de la red debe solicitar estos medicamentos y una farmacia de la red debe suministrarlos. Su médico utiliza esta lista para asegurarse de que los medicamentos que usted necesite estén cubiertos por su plan.

Receta: instrucciones escritas de un médico en las que prescribe medicamentos o tratamientos.

Médico de cabecera (PCP): un médico que usted escoge para que sea su médico de cabecera, que tiene sus propios consultorios privados. Su PCP coordinará toda su atención de la salud.

Autorización previa: proceso que utiliza su médico para obtener autorización para los servicios que deben aprobarse antes de brindarse.

Directorio de proveedores: una lista de proveedores que participan en UnitedHealthcare Community Plan para encargarse de sus necesidades de atención de la salud.

Proveedor o profesional: persona o centro que ofrece atención de la salud (médico, farmacia, dentista, clínica, hospital, etc.).

Referido: cuando usted y su médico de cabecera acuerdan que es necesario que vea a otro médico y su médico de cabecera le envía a un especialista de la red.

Servicios sin referidos: servicios para los cuales no necesita un referido de su médico de cabecera.

Otros detalles del plan

Especialista: cualquier médico que tiene una capacitación especial para tratar una afección o enfermedad específica.

Audiencia imparcial estatal: usted o cualquier proveedor pueden apelar al Estado una decisión tomada por UnitedHealthcare Community Plan. Esto se denomina Audiencia imparcial estatal.

Información sobre el consumo de sustancias: datos sobre su consumo de sustancias y su atención. Esta información puede provenir de UnitedHealthcare Community Plan o de un proveedor. Incluye información sobre su historial de consumo de sustancias y el consumo actual, así como los pagos por atención.

Atención de urgencia: cuando está enfermo, pero no es una emergencia y necesita tratamiento o consejo médico dentro de un período de 48 horas.

WIC: programa complementario de nutrición para mujeres, bebés y niños que provee asesoramiento sobre nutrición, educación sobre nutrición y alimentos nutritivos a mujeres embarazadas y en etapa de posparto, a bebés, y a niños hasta los 2 años de edad. Los niños que se consideran desnutridos tienen cobertura hasta los cinco años si son de una familia con bajos ingresos y se determina que, desde el punto de vista nutricional, están en riesgo.

Quejas y apelaciones

Quejas

Usted es nuestro cliente y es muy importante para nosotros. Queremos hacer que su programa de atención de la salud sea bueno. Queremos asegurarnos de que esté satisfecho con nuestro programa, para que pueda presentar una queja en cualquier momento. Si no está satisfecho, llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**. Queremos ayudarle a resolver cualquier problema que requiera atención de la salud.

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

Pasos de control de calidad para las quejas:

1. Llámenos y díganos cuál es su problema. Trataremos de resolver su problema a la primera llamada.
Servicios para Miembros:
Número gratuito **1-800-641-1902**, TTY **711**
2. Si no está a gusto con la respuesta, llámenos o escríbanos y háganoslo saber.
Escriba a:
UnitedHealthcare Community Plan
Attn: Appeals and Grievances
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131
Llame al: Número gratuito **1-800-641-1902**, TTY **711**
3. Cuando se reciba su llamada o carta, nuestro Departamento de Apelaciones y Quejas hará rápidamente una revisión minuciosa del caso y tomará una decisión.
4. El contrato permite un plazo de 90 días calendario para resolver una queja; el plazo estimado se establece en 60 días calendario.
5. Agradecemos sus comentarios con respecto a su queja.
6. Si llama a Servicios para Miembros, podrá obtener ayuda y contarnos cuál es su problema o para apelar la decisión. Puede solicitar ayuda para presentar una queja o apelación, o para completar formularios. Además, puede solicitar un intérprete.
7. Si tiene una queja sobre el transporte médico no urgente, llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

Privacidad de los registros

UnitedHealthcare Community Plan se toma en serio los problemas de privacidad y las leyes. Contamos con las medidas de seguridad necesarias para proteger su información. No compartimos información privada sin su consentimiento por escrito a menos que exista un motivo legal para hacerlo, como una orden judicial.

Apelaciones

En ocasiones, tomaremos decisiones acerca de la atención de la salud que necesita. Si usted o su proveedor nos solicitan que paguemos una atención que, en nuestra opinión, no está cubierta por UnitedHealthcare Community Plan o si no tomamos rápidamente una decisión, a esto se lo denomina determinación adversa de beneficios. Una determinación adversa de beneficios se define como:

1. Denegar o autorizar de manera limitada un servicio solicitado, incluidos el tipo o nivel de servicio, requisitos de necesidad médica, idoneidad, entorno y efectividad de un beneficio cubierto.
2. Reducir, suspender o interrumpir un servicio autorizado previamente.
3. Denegar, total o parcialmente, el pago de un servicio.
4. No proporcionar los servicios de una manera oportuna, según lo define el Estado.
5. Que UnitedHealthcare Community Plan no actúe dentro los límites de tiempo siguientes:
 - Resolución de una queja: 90 días calendario
 - Resolución de una apelación normal: 30 días calendario

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan 103
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

Otros detalles del plan

- Resolución de una apelación acelerada: 72 horas
 - Usted o UnitedHealthcare Community Plan pueden extender la resolución de una apelación normal hasta 14 días calendario y una apelación acelerada hasta 5 días calendario, si se justifica.
6. La definición de una determinación adversa de beneficios no incluye la denegación de usar un médico fuera de la red cuando solo está presente una Organización de Atención Administrada.
 7. Rechazar la solicitud de un miembro de disputar una responsabilidad financiera, incluidos los costos compartidos, los copagos y otras responsabilidades financieras del miembro.

Le enviaremos una carta para informarle sobre nuestra determinación adversa de beneficios. Si no está de acuerdo con esto, puede presentar una apelación. Tiene ciertos derechos durante la apelación. Estos son algunos aspectos que debe conocer:

- Tiene 60 días calendario, contados a partir de la fecha de nuestra carta en la que indicamos que hemos tomado una determinación adversa de beneficios, para solicitar una apelación. Tomaremos una decisión sobre la apelación y le notificaremos por escrito nuestra decisión en un plazo de 30 días calendario, contados a partir de la fecha en la que recibimos su solicitud de apelación. Podemos extender el tiempo para tomar una decisión hasta 14 días calendario para una apelación normal y 5 días calendario para una apelación acelerada si solicita una extensión o podemos demostrar que necesitamos información adicional para tomar una decisión e indicamos los motivos por los cuales la demora le beneficia.
- Puede hacerlo verbalmente o por escrito.

Escriba a:

UnitedHealthcare Community Plan

Attn: Appeals and Grievances

P.O. Box 31364

Salt Lake City, UT 84131

Llame al: Número gratuito **1-800-641-1902**, TTY **711**

- Puede solicitar a su proveedor que presente una apelación en su nombre. Para ello, debe designarlo por escrito como su representante.
- Tiene derecho a presentar pruebas de su apelación en persona o por escrito. Puede hacerlo en cualquier momento durante la apelación de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora del Centro (de 7:00 a.m. a 4:00 p.m., hora de la Montaña), a la siguiente dirección:
UnitedHealthcare
2717 N. 118th Street, Suite 300
Omaha, NE 68164
- Puede solicitar una copia de las reglas que usamos para tomar nuestra decisión. Puede pedir ayuda para la apelación a un miembro de su familia, amigo, profesional de la salud, abogado o al Centro de Inscripción de Medicaid (Medicaid Enrollment Center).
- Puede pedir que se le muestre y entregue una copia de la información que existe en nuestros archivos y que usamos para tomar nuestra decisión.
- Puede enviar comentarios por escrito o documentos para que los veamos cuando revisemos su apelación.
- Usted o su proveedor nos pueden hablar y solicitarnos una apelación acelerada en un plazo de 72 horas, si su proveedor le ha dicho que esperar para recibir este servicio de salud podría aumentar los riesgos para su salud. Si decide hacer una apelación acelerada, tiene tiempo limitado (72 horas o menos) para presentar la documentación en persona o por escrito con respecto a su solicitud.

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

- La Organización de Atención Administrada puede extender el tiempo para tomar una decisión hasta 14 días calendario para una apelación normal y 5 días calendario para una apelación acelerada si usted solicita una extensión o si el plan de salud puede demostrar que necesitamos información adicional para tomar una decisión e indicamos los motivos por los cuales la demora le beneficia.

Continuación de la atención

Puede solicitar que se le sigan proporcionando servicios durante la apelación. Sin embargo, es posible que deba pagar el servicio de atención si continúa el servicio mientras revisamos la apelación y luego decidimos que no debería haber recibido el servicio.

Audiencia imparcial estatal

Un miembro o su representante puede solicitar una Audiencia imparcial estatal solo después de recibir la notificación de que la MCO está defendiendo la determinación adversa de beneficios. Puede hacerlo en cualquier momento en un plazo de 120 días calendario a partir de la fecha de la notificación de resolución de la MCO. Puede solicitar que los servicios continúen durante la Audiencia imparcial estatal, dentro de los 10 días calendario posteriores a la notificación de determinación de apelación. Sin embargo, es posible que deba pagar el servicio de salud si continúa recibiendo el servicio durante la Audiencia imparcial estatal y luego se decide que no debería haber recibido el servicio.

Puede escribir al Estado a:

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

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

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

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

Puede llamar a Servicios Legales del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) al **1-402-471-7237**.

This page left blank intentionally

This page left blank intentionally

Avisos del Plan de salud sobre Prácticas de Privacidad

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

Vigente a partir del 1.º de enero de 2023

Por ley, nosotros¹ debemos proteger la privacidad de su información médica (health information, “HI”). Debemos enviarle este aviso.

Le informa:

- Cómo podemos usar su información médica.
- Cuándo podemos compartir su información médica con otros
- 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 de la salud. 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 nuestro sitio web (www.uhccommunityplan.com). Le notificaremos si ocurre una filtración de su información médica. Recopilamos y conservamos su información médica para poder realizar nuestras operaciones comerciales. La información médica puede ser verbal, escrita o electrónica. Limitamos el acceso a su información médica a empleados y proveedores de servicios. Mantenemos salvaguardas para proteger su información médica.

Cómo recopilamos, usamos y compartimos su información

Recopilamos, usamos y compartimos su información médica con:

- Usted o su representante legal.
- Agencias gubernamentales.

Tenemos derecho a recopilar, 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 recopilar, 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 recopilar, usar y compartir su información médica con sus proveedores para ayudar con su atención.
- **Para operaciones de atención de la salud.** 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. Estas actividades pueden estar limitadas por la ley.

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

- **Para los patrocinadores del plan.** Podemos proporcionar información acerca de inscripciones, cancelaciones de inscripciones 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 recopilar, usar y compartir su información médica para tomar decisiones de suscripción. No usaremos su información médica genética para propósitos de suscripción.
- **Para recordatorios sobre beneficios o atención.** Podemos recopilar, usar y compartir su información médica para enviarle recordatorios de citas e información acerca de sus beneficios para la salud.
- **Para comunicaciones con usted.** Podemos usar el número de teléfono o el correo electrónico que nos proporcionó para comunicarnos con usted sobre sus beneficios, atención de la salud o pagos.

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

- **Según lo requiera la ley.**
- **A las personas que participan en su atención.** Puede ser un familiar en una emergencia. Esto podría suceder si usted no puede aceptar u objetar la atención. Si no puede presentar oposición, usaremos nuestro mejor juicio. Si se permite, después de su muerte, podemos compartir información médica como a familiares o amigos que ayudaron con su atención.
- **Para actividades de salud pública.** Esto podría realizarse para evitar el brote de enfermedades.
- **Para reportar víctimas de abuso, abandono 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 la información 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 una catástrofe.
- **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 fallecimiento, 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 proporcionarles atención de la salud; (2) para proteger su salud y la de otras personas; (3) para la seguridad de la institución.
- **Para nuestros socios comerciales** en caso de que sea necesario para que le brinden 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.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan 111
o llame a Servicios para Miembros al 1-800-641-1902, TTY 711.

Otros detalles del plan

- **Otras restricciones.** Las leyes federales y estatales pueden limitar aún más nuestro uso de la información médica que se enumera a continuación. Si se aplican leyes más estrictas, las cumpliremos.
 1. Abuso de alcohol y sustancias
 2. Información biométrica
 3. Abuso o abandono de niños o adultos, incluido el abuso sexual
 4. Enfermedades contagiosas
 5. Información genética
 6. VIH/sida
 7. Salud mental
 8. Información de menores
 9. Medicamentos con receta
 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 tratamientos, pagos u operaciones de atención de la salud. 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 según lo permitan las leyes estatales y federales. Aceptamos solicitudes verbales. Puede cambiar su solicitud. Deberá hacerlo por escrito. Envíela por correo postal a la dirección que se muestra a continuación.
- **Ver u obtener una copia** de cierta información médica. Deberá presentar la solicitud por escrito. Envíela por correo postal a la dirección que se muestra a continuación. Si mantenemos estos registros en formato electrónico, puede solicitar una copia en dicho formato. 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 presentar la solicitud por escrito. Deberá dar los motivos por los que se solicita el cambio. Envíe la solicitud por correo postal 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 ninguna información médica compartida por los siguientes

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

motivos: (i) para tratamientos, pagos y operaciones de atención de la salud; (ii) con usted o con su consentimiento; (iii) con instituciones penitenciarias o de aplicación de la ley. Esta lista no incluirá las divulgaciones para las cuales la ley federal no requiera un seguimiento por parte nuestra.

- **Obtener una copia en papel de este aviso.** Puede pedir una copia en papel en cualquier momento. También puede obtener una copia en nuestro sitio web (www.uhccommunityplan.com).
- **Solicitar que corrijamos o modifiquemos** su información médica. Según dónde viva, también puede solicitarnos que eliminemos su información médica. Si no podemos hacerlo, se lo informaremos. Además, puede escribirnos e indicar por qué no está de acuerdo y enviarnos la información correcta.

Cómo usar sus derechos

- **Para comunicarse con su plan de salud. Llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación.** O puede comunicarse con el Centro de Atención de Llamadas de UnitedHealth Group al **1-866-633-2446**, o TTY/RTT **711**.
- **Para presentar una solicitud por escrito.** Envíela por correo postal a la siguiente dirección:
UnitedHealthcare Privacy Office
MN017-E300, P.O. Box 1459, Minneapolis MN 55440
- **Período.** Responderemos a su solicitud telefónica o por escrito en un plazo de 30 días.
- **Para presentar una queja.** Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede enviar una queja a la dirección mencionada anteriormente.

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

¹ Este Aviso sobre Prácticas de Privacidad de Información Médica se aplica a los siguientes planes de salud que están afiliados a UnitedHealth Group: AmeriChoice of New Jersey, Inc.; Arizona Physicians IPA, Inc.; Care Improvement Plus South Central Insurance Company; Care Improvement Plus of Texas Insurance Company; Care Improvement Plus Wisconsin Insurance; Health Plan of Nevada, Inc.; Optimum Choice, Inc.; Oxford Health Plans (NJ), Inc.; Physicians Health Choice of Texas, LLC; Preferred Care Partners, Inc.; Rocky Mountain Health Maintenance Organization, Incorporated; 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 Community Plan of Georgia, Inc.; UnitedHealthcare Insurance Company; UnitedHealthcare Insurance Company of America; UnitedHealthcare Insurance Company of River Valley; UnitedHealthcare of Alabama, Inc.; UnitedHealthcare of Florida, Inc.; UnitedHealthcare of Kentucky, Ltd.; UnitedHealthcare of Louisiana, Inc.; UnitedHealthcare of the Mid-Atlantic, Inc.; UnitedHealthcare of the Midlands, Inc.; UnitedHealthcare of the Midwest, Inc.; UnitedHealthcare of Mississippi, Inc.; UnitedHealthcare of New England, Inc.; UnitedHealthcare of New Mexico, Inc.; UnitedHealthcare of New York, Inc.; UnitedHealthcare of Pennsylvania, Inc.; UnitedHealthcare of Washington, Inc.; UnitedHealthcare of Wisconsin, Inc.; y UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc. Esta lista de planes de salud está completa a partir de la fecha de entrada en vigencia de este aviso. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, visite <https://www.uhc.com/privacy/entities-fn-v2>.

Aviso de Privacidad de la Información Financiera

ESTE AVISO EXPLICA LA FORMA EN QUE SU INFORMACIÓN FINANCIERA SE PUEDE USAR Y COMPARTIR. LÉALO DETENIDAMENTE.

Vigente a partir del 1.º de enero de 2023

Nosotros² protegemos su “información financiera personal” (personal financial information, “FI”). La información financiera personal es información no médica. Le identifica y no está generalmente disponible al público.

Información que recopilamos

- Obtenemos información financiera personal a partir de sus solicitudes o formularios. Esto podría incluir 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 personal

Solo compartiremos información financiera personal según lo permita la ley.

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

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

Confidencialidad y seguridad

Limitamos el acceso a su información médica a empleados y proveedores de servicios y mantenemos salvaguardas para protegerla.

Preguntas sobre este aviso

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

² Para los propósitos de este Aviso de Privacidad de la Información Financiera, “nosotros” o “nos” se refiere a las entidades que aparecen enumeradas en la nota al pie 1, desde la última página de Avisos del Plan de salud sobre Prácticas de Privacidad, además de las siguientes filiales de UnitedHealthcare: ACN Group of California, Inc.; AmeriChoice Corporation.; Benefitter Insurance Solutions, Inc.; Claims Management Systems, Inc.; Dental Benefit Providers, Inc.; Ear Professional International Corporation; Excelsior Insurance Brokerage, Inc.; gethealthinsurance.com Agency, Inc. Golden Outlook, Inc.; Golden Rule Insurance Company; HealthMarkets Insurance Agency; Healthplex of CT, Inc.; Healthplex of ME, Inc.; Healthplex of NC, Inc.; Healthplex, Inc.; HealthSCOPE Benefits, Inc.; International Healthcare Services, Inc.; Level2 Health IPA, LLC; Level2 Health Management, LLC; Life Print Health, Inc.; Managed Physical Network, Inc.; Optum Care Networks, Inc.; Optum Global Solutions (India) Private Limited; Optum Health Care Solutions, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; Physician Alliance of the Rockies, LLC; POMCO Network, Inc.; POMCO, Inc.; Real Appeal, LLC; Solstice Administrators of Alabama, Inc.; Solstice Administrators of Arizona, Inc.; Solstice Administrators of Missouri, Inc.; Solstice Administrators of North Carolina, Inc.; Solstice Administrators of Texas, Inc.; Solstice Administrators, Inc.; Solstice Benefit Services, Inc.; Solstice of Minnesota, Inc.; Solstice of New York, Inc.; Spectera, Inc.; Three Rivers Holdings, Inc.; U.S. Behavioral Health Plan, California; UHIC Holdings, Inc.; UMR, Inc.; United Behavioral Health; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; UnitedHealthcare, Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Service LLC; Urgent Care MSO, LLC; USHEALTH Administrators, LLC; y USHEALTH Group, Inc.; y Vivify Health, 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 de atención de la salud en Nevada ofrecidos por Health Plan of Nevada, Inc. y Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; u (2) otros planes de salud de UnitedHealth Group en estados que proveen excepciones. Esta lista de planes de salud está completa a partir de la fecha de entrada en vigencia de este aviso. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, visite <https://www.uhc.com/privacy/entities-fn-v2>.

UnitedHealthcare Community Plan no discrimina por motivos de raza, origen étnico, color, religión, estado civil, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, nacionalidad, condición de veterano, ascendencia, historia clínica, estado de salud o necesidades médicas. Nos alegra tenerlo como miembro de UnitedHealthcare Community Plan.

Si cree que fue tratado injustamente por su raza, origen étnico, color, religión, estado civil, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, nacionalidad, condición de veterano, ascendencia, historia clínica, estado de salud o necesidades médicas, puede enviar una queja a:

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

UHC_Civil_Rights@uhc.com

Puede enviar una queja en cualquier momento. Acusaremos recibo de su queja por escrito en un plazo de diez (10) días calendario desde su recepción. Se le enviará una decisión en un plazo máximo de 90 días calendario desde la recepción de su queja.

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

En línea:

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Los formularios de quejas están disponibles en

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

Teléfono:

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

Correo postal:

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

Si necesita ayuda con su queja, llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del Centro (de 6 a.m. a 6 p.m., hora de la Montaña).

Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarlo a comunicarse con nosotros, como cartas en otros idiomas o en letra grande. O bien, puede solicitar un intérprete. Para solicitar ayuda, llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del Centro (de 6 a.m. a 6 p.m., hora de la Montaña).

CSNE20MC4909487_000

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



Estamos aquí para usted

Recuerde que siempre estamos disponibles para responder cualquier pregunta que pueda tener. Simplemente llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del Centro, (de 6:00 a.m. a 6:00 p.m., hora de la Montaña). También puede visitar nuestro sitio web en myuhc.com/CommunityPlan.

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

1-800-641-1902, TTY 711

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

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

**United
Healthcare
Community Plan**

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan 117
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-641-1902**, TTY **711**.

Índice

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

Asegúrese de visitar a su médico de cabecera (o PCP) para realizarse su control anual. Los PCP son los principales profesionales de la salud que se ocupan de su atención.

Programe su control anual hoy mismo



Llame a Servicios para Miembros

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



Lleve su identificación de miembro

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



¿Necesita transporte?

Llame al número gratuito **1-833-583-5683** (TTY **1-866-288-3133**). Podemos ayudarle a programar el viaje de ida y vuelta para las citas con su PCP.

Qué esperar durante la visita

- Examen físico general
- Control del peso y la estatura
- Pruebas de presión arterial, colesterol y triglicéridos
- Evaluación cardiovascular y de diabetes
- Análisis de orina

Permanezca conectado

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



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

Asegúrese de visitar a su médico de cabecera (o PCP) para realizar una visita de bienestar del niño. Los PCP son los principales profesionales de la salud que se ocupan de su atención.

Programe una visita de bienestar del niño hoy mismo



Llame a Servicios para Miembros

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



Traiga la identificación de miembro de su hijo(a)

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



¿Necesita transporte?

Llame al número gratuito **1-833-583-5683** (TTY **1-866-288-3133**). Podemos ayudarle a programar el viaje de ida y vuelta para las citas con el PCP de su hijo.

Qué esperar durante la visita

- Un examen físico completo
- Control del peso y la estatura
- Control de la visión y la audición
- Vacunas
- Pruebas adicionales, si fueran necesarias

Permanezca conectado

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

This page left blank intentionally

This page left blank intentionally

This page left blank intentionally

